



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Odontología

Escuela Académica Profesional de Odontología

**Representaciones sociales de salud-enfermedad bucal
en primigestas atendidas en el Hospital Daniel A.
Carrión en el año 2010**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista

AUTOR

Maribel Jesús CASTRO CHAMORRO

ASESOR

Lita Margot ORTIZ FERNÁNDEZ

Lima, Perú

2011



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Castro, M. Representaciones sociales de salud-enfermedad bucal en primigestas atendidas en el Hospital Daniel A. Carrión en el año 2010 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Escuela Académica Profesional de Odontología; 2011.



I. INTRODUCCIÓN

Las Instituciones responsables de velar por la Salud del País tienen como prioridad entre otras a la población materna infantil, la atención del parto y control prenatal, siendo priorizada como una de las principales políticas de salud, promoviendo un beneficio diferenciado para las gestantes y los niños. Sin embargo, en las propuestas de atención integral de la salud de la gestante, la salud bucal todavía no está integrada del todo.

El Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión tiene como reto fortalecer la atención peri natal enfocada en redes que permita enfrentarlas de manera integral; donde el embarazo y parto en adolescentes debe ser orientado a solucionar problemas especializados, ya que la adolescente se encuentra expuestas a mayores factores de riesgo como marcada dependencia económica, menor acceso a fuentes de información, mayor riesgo de enfermedad periodontal por el doble factores hormonal (embarazo, adolescencia). La preparación psicoprofiláctica de la gestante debe incorporar la prevención y promoción de la salud bucal, cuyo objetivo es brindar salud integral a la gestante y su futuro hijo.

Durante la gestación se presentan una serie de cambios adaptativos temporales en las estructuras corporales de la gestante, como resultado del incremento en la producción de hormonas. La cavidad bucal no queda exenta de sufrir la influencia hormonal, pudiendo presentar algunas alteraciones reversibles o transitorias y otras consideradas como patológicas.⁶¹



Siendo la salud un asunto de naturaleza social, económica, cultural, política y educativa, es necesario considerar que las intervenciones en el componente de salud bucal deben tener un conocimiento profundo de la población el cual permitirá obtener logros e impacto en la reducción de la alta prevalencia de patologías bucales. En la actualidad hay pocas investigaciones cualitativas en Odontología que propicien discernimiento a profundidad, considerando a las personas y sus representaciones sociales. En la literatura odontológica peruana todavía no existen estudios cualitativos referentes a representaciones sociales.

Es oportuno y fundamental identificar las representaciones sociales de las gestantes con respecto a su salud bucal, como un requisito importante para un control prenatal más completo que pueda contribuir para la promoción de la salud familiar y de la sociedad.



II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Finkler Mirelle, et al. Brasil- 2004, ¹⁹ realizó un estudio de representaciones sociales en gestantes y los problemas relacionados a su salud bucal, con abordaje cualitativo, a través de entrevistas semi-estructuradas, se realizaron 12 entrevistas.

Las representaciones sociales de las gestantes sobre salud bucal:

- La salud bucal como componente indisociable de la salud general, representada por la estética de la sonrisa socialmente aceptable, por los cuidados con los dientes y por la ausencia de enfermedad, de dolor y de halitosis.
- Las madres siendo las principales transmisoras de conocimientos relacionados a la salud bucal, seguidas por los dentistas, por la escuela y por otras personas de la convivencia social. La prensa como también colaboradora en este proceso, pero en menor grado.
- Las gestantes, mayormente, relataron haber ido al dentista por primera vez, en la infancia, otras han asistido al tratamiento odontológico más tardíamente, entre 10 y 14 años de edad. La experiencia sobre el inicio de su tratamiento odontológico fue negativo.
- El tratamiento odontológico de prevención es poco conocido, su búsqueda de atención odontológica se limita básicamente por dolor y problemas estéticos.



- La asistencia odontológica del servicio público es considerada de difícil acceso, lenta y limitada en cuanto a la oferta de tratamiento, mientras que la asistencia odontológica privada, a pesar de ser cara, es lo que hay disponible en el contexto de la realidad actual.

Colabora con los profesionales de la salud al proporcionarles una reflexión de la asistencia odontológica brindada a la gestante, a partir de hallazgos como la representación del tratamiento durante el embarazo como un riesgo a la salud del feto, y la representación de la influencia de la salud oral de la gestante en la salud de su hijo. La aproximación entre gestantes, la odontología y el equipo multidisciplinario de salud, muestra ser un desafío para el inicio de un ciclo de promoción de la salud oral. Exige no obstante reformular conceptos sobre la formación de recursos humanos destacando la dimensión educativa de las prácticas de salud y el trabajo prenatal interdisciplinario.

Nogueira Mauro, et al. Brasil- 2002,²⁰ Analiza las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal de 29 madres que viven en las zonas rurales de Itaúna, en 2002. Realiza entrevista semi-estructurada, desarrolla un análisis de contenido.

El proceso salud-enfermedad, está asociado a normas de higiene y la alimentación. Los alimentos como los chicles, caramelos, chocolates son considerados dañinos y causantes de caries dental. La caries dental es vista como una experiencia inevitable, a pesar de ello las entrevistadas no se resignan a la pérdida dentaria, al edentulismo.



A pesar que las madres presentan información sobre salud bucal y quieren "cuidar de sus hijos adecuadamente", una compleja red de factores sociales, económicos, cultural, etc., no favorece a la promoción de la salud. La planificación de la salud oral debería tener en cuenta los datos epidemiológicos no sólo cuantitativos, sino también las representaciones de la salud oral.

Mota Adelia. Brasil-2001, ¹¹ Se concentra en la salud bucal de la mujer, busca trabajar los valores, creencias, representaciones, hábitos, actitudes y opiniones a fin que se pueda establecer su rol dentro de la sociedad y su salud bucal.

Utilizó entrevistas: una totalmente estructurada a 96 mujeres embarazadas y otra semi-estructurada a 10 previo examen dental. Son mujeres jóvenes 15 a 25 años, con marcada dependencia económica, de nivel socioeconómico bajo.

Por ser más jóvenes, generalmente abandonan prematuramente la escuela y son ligadas al espacio doméstico, en consecuencia su espacio biológico se ve reducido, menor libertad para realizarse en un espacio público, menor acceso a la información, a la educación en salud en general.

El número de embarazos en la adolescencia está aumentando dando como consecuencia el abandono escolar primero por las alteraciones fisiológicas de la gestación, segundo por la discriminación.

La mayoría de las gestantes (67.71%) entrevistadas están insatisfechas por su salud bucal debido a que presentan dolor, sangrado gingival, necesidad de tratamiento endodóntico, dientes quebrados. El 32.29% se encuentran satisfechas



de su salud bucal y lo asocian a la ausencia de dolor. Otras relacionan los problemas dentales con la gestación.

La creencia de que el feto retira calcio de los dientes de la madre es bastante difundida.

El control prenatal es un momento clave para romper con prejuicios y creencias de las gestantes. Sin embargo lo que se ve es la falta de atención del médico con la salud bucal de sus pacientes.

La herencia cultural arraigado en gran parte de la población, toman como verdad la creencia que durante el embarazo no pueden recibir atención dental y los problemas con su salud bucal son perfectamente comunes en este período de vida. No se puede negar que el miedo al tratamiento dental durante el embarazo es una manifestación común entre las gestantes, todo esto, más las creencias y los temores acaban por fortalecer las relaciones de género, es decir, la situación en la que viven estas mujeres dentro de la sociedad. La aceptación de la naturalidad de los prejuicios en la salud bucal durante el embarazo. No podemos dejar de considerar que los conocimientos contruidos entre las entrevistadas, manifiestan insatisfacción con su salud bucal, esta está relaciona con el dolor, la caída restauraciones, no pueden visitar al dentista a causa del embarazo, estos factores, entre otros, ponen en evidencia que las creencias, los mitos, los miedos y la falta de información contribuye e impide que las gestantes busquen atención dental durante este período. Después del parto toda la atención se dirige hacia el bebé, no queda más tiempo para el cuidado de si misma.



Britto Lucimar, et al. Brasil-2008, ¹² Identifica las creencias de las gestantes, teniendo como objetivo colaborar con el perfeccionamiento de la atención durante la etapa prenatal.

Estudio cualitativo, entrevista semiestructurada, muestra constituida por 19 gestantes que realizaban su control prenatal.

Los resultados encontrados son:

Usuaris del servicio público buscan atención por el acceso gratuito al servicio y la posibilidad de resolver sus problemas odontológicos.

Gestantes atendidas por convenio son programadas a la atención odontológica excepto durante el período gestacional, se a evidenciado que se retrasa la atención para después del parto, por opinión del médico, cuando es necesario, se atenderá en caso de emergencia.

Las gestantes señalan la creencia de restricciones del tratamiento odontológico durante la gestación:

- a) Las restricciones se relacionan con la exodoncia por el riesgo de hemorragia, la imposibilidad en el período de gestación debido a supuestos peligros para el bebé. La cultura popular aparece como factor limitante para la atención odontológica en este período.
- b) Manifiestan la imposibilidad del tratamiento del odontológico, en determinados períodos del embarazo por el uso de la anestesia.
- c) Se percibe el miedo y la tendencia de prevenir tomar de radiográficas por posibles daños al bebe.



Existen mitos y restricciones fuertemente arraigados sobre la atención odontológica durante la gestación, su preocupación está relacionado con la posibilidad de secuelas en la salud del bebé.

Ribeiro, Dayane; et al. Brasil-2003, ¹³ Evalúa las alteraciones de hábitos alimenticios y de higiene bucal de la gestante, investiga la influencia del factor socio-económico en relación a los cambios de comportamiento durante el periodo gestacional. Muestra constituida por 150 gestantes, edades comprendidas entre 18 y 43 años, que se encuentre entre el 2º y 3º trimestre de gestación. Estudio descriptivo. Sólo 11% de las gestantes recibieron orientación sobre la importancia de su salud bucal durante la gestación por médicos (5%) y dentistas (4%) y otros profesionales (2%). La mayoría no buscaron atención odontológica en el periodo gestacional (75%), y 16% recibió tratamiento odontológico.

El 40% tiene acceso a servicios odontológicos y sin acceso (60%). El grupo que no tiene acceso (20%) no creía tener necesidad de buscar atención odontológica, 15% por falta de recursos económicos y 22% por estar embarazadas.

Las gestantes se encontraban más susceptibles a desequilibrios en la cavidad bucal por presentar episodios de vómitos (50%), aumento en la frecuencia de ingesta de alimentos (50%).

Se puede concluir que las gestantes se encuentran más susceptibles a desequilibrios en la cavidad bucal y considerar el contexto social de la gestante, es parte fundamental en el proceso de reconocimiento de esta población.



Ramalho Olga, et al. Brasil- 2004,⁹ Analiza los obstáculos a la atención dental de las gestantes inscritas en el Programa Salud de la Familia.

Estudio cualitativo, utiliza la técnica de grupos focales, reúne grupos con determinadas características: estar en el tercer trimestre de embarazo, no haber solicitado el servicio de odontología durante el embarazo y compartir elementos comunes de vivencia social, para generar datos a través de un debate con enfoque predeterminado. Se trabajó con tres grupos de cuatro a nueve mujeres, seleccionadas de forma intencional, utilizando un cuestionario.

Los principales obstáculos que desanima el cuidado dental durante el embarazo son: la falta de necesidad percibida, la ansiedad y el miedo, el costo y la dificultad de acceso. Es importante asesorar a las mujeres embarazadas a buscar atención dental durante el embarazo, porque, según sus creencias populares, existen riesgos con el uso de anestesia dental, hemorragia y el daño al bebé. Se basan también en la creencia de que el dolor de muelas está vinculado a la condición de embarazo.

El miedo es el sentimiento más fuerte que las mujeres expresan en relación con el dentista. Por lo tanto, lo que determina la demanda de atención dental es un fuerte dolor de muelas.

La dificultad de acceso se da por el miedo de afrontar el riesgo de salir de casa al amanecer para conseguir ficha para ser atendida, poniendo de relieve la cuestión social de violencia urbana.



Debe planificarse mejor la prestación de servicios de salud, la educación continua de los profesionales, énfasis en la humanización de la atención.

Saldarriaga Oscar, et al. Colombia- 2003,²¹ Identifica los conocimientos, opiniones, hábitos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal.

Estudio descriptivo, 182 mujeres. Encuesta, dividida en: característica sociodemográficas, utilización de los servicios de salud, papel del médico en la promoción y el cuidado de la salud oral prenatal, necesidades de atención en salud oral, conocimientos, representaciones sociales y prácticas en salud oral.

El 55.5% de las gestantes asistieron a consulta odontológica hacía menos de 6 meses, y el 62.6% para revisión y limpieza. El 68.2% recibió educación en Higiene Oral en la última visita odontológica, especialmente por la Higienista (63.1%). El 28% reportó molestia o dolor en la boca durante el embarazo, principalmente inflamación o sangrado de encías (51%), sin embargo, el 54.9% no consultó al Odontólogo. Para la mayoría de las gestantes (76.3%) ausencia de caries es sinónimo de boca sana, atribuyendo como principal causa de caries “no cepillarse o cepillarse mal los dientes”, seguido por el “consumo de dulces”, “descalcificación” y “mala alimentación”. La totalidad de gestantes utilizan cepillo dental, el 72% piensan que la crema dental es necesaria y el 92.3% utilizan seda dental. El 42.9% consideran el embarazo como momento de riesgo para adquirir enfermedades orales; un 5.1% lo atribuyen a cambios hormonales. La mitad de las gestantes opinan que deben llevar a su hijo por primera vez al Odontólogo entre 1 y 2 años.



Identificar las creencias, mitos, hábitos y comportamientos de los pobladores, permite comprender cómo se construye el conocimiento común y cuál es el vínculo entre éste y las prácticas saludables.

Díaz Rosa, et al. México -2001, ²² conocer las actitudes hacia el tratamiento odontológico durante la gestación.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, la muestra es de 958 mujeres, la encuesta contiene tres dominios: Morbilidad bucal que coincide con el embarazo, conducta hacia el tratamiento dental, demanda de Servicio Odontológico.

La edad osciló entre 16 y 65 años, el promedio fue de 34 años, las opiniones aquí vertidas son de mujeres jóvenes.

43% de las mujeres, considera que la descalcificación es el problema que frecuentemente se presenta en los dientes de la embarazada, y que aunado al 17% que señala la pérdida de los dientes, confirmando la tendencia el 61% que respondió que el embarazo causa más caries y que la justificación de que se presente ésta es la descalcificación. El 30% de las mujeres, consideran necesaria la consulta con el odontólogo, 28% condicionan la consulta a la existencia de problemas dentales, 24% opinan que se debe visitar al odontólogo para regular la pérdida de calcio y el 14 % consideran que no debe visitar al cirujano dentista porque hace daño al bebé.



El 12% no han recibido atención en el consultorio dental, porque el dentista refirió que hace daño durante el embarazo. 12% refirió que el daño estaba causado por el anestésico local.

Con relación a la demanda de servicio, el 18% respondió que si le duele un diente, debe de consultar a su ginecólogo, lo cual refleja que la confianza para la resolución de todos sus problemas de salud durante el embarazo se deposita en el médico tratante. La pregunta acerca de las enfermedades en los tejidos blandos fue ¿Cuál era la causa, si a la mujer que espera bebé le sucede algo en las encías? 40% contestó que no sucedía nada, que dependía de la alimentación, 21% que sangran y duelen por falta de calcio, 17% que sangran por falta de higiene, 12% contestaron que sí se padecen cambios, sin especificar cuáles, y 6 % no contestaron.

El personal odontológico debe unificar criterios, para que conociendo a profundidad la temática de la odontología en el ámbito perinatal se pueda actuar con seguridad y firmeza ante los cuestionamientos y dudas que puedan presentar las mujeres embarazadas.

Pires Neide. Brasil-2006, ²³ investiga los conocimientos, las prácticas y las representaciones de los médicos en la atención prenatal, odontólogos y gestantes sobre la atención a la salud bucal durante la gestación. Se realizó un estudio de naturaleza cualitativa en unidades de salud de la ciudad de Rio de Janeiro, a través de entrevistas semiestructuradas específica para cada grupo y el análisis e interpretación de las entrevistas fue utilizada la técnica de análisis de contenido. La muestra estuvo constituida por 14 médicos, 12 odontólogos y 23 gestantes.



Las prácticas, los conocimientos y las representaciones de los tres grupos de investigación evidencian una cultura que no valora ni estimula el cuidado dental durante el embarazo. El cuidado de la salud oral no es parte de la rutina de la atención prenatal.

Para la mayoría de las entrevistadas la salud bucal y el tratamiento odontológico son importantes, sin embargo, sus experiencias y prácticas son diferentes. La búsqueda de servicios dentales es casi siempre cuando presentan un síntoma o signo de patología bucal. La falta de acceso de los servicios de salud, los altos costos del tratamiento odontológico en la práctica privada y la falta de información y orientación en el cuidado de la salud bucal a lo largo de su vida son presentados como factores que limitan actitudes de promoción y prevención

La salud oral es parte importante e integral de la salud en general, viene siendo poco abordado y priorizada en las políticas de atención a la salud de las mujeres embarazadas en Brasil, siendo el cuidado dental durante el embarazo importante porque muchas mujeres presentan enfermedades bucales por los cambios hormonales durante este período.

Rodríguez Martha. Perú-2002, ²⁴ Evalúa el conocimiento sobre prevención en salud bucal, se realizó en 75 primigestas que acudieron a sus controles prenatales. Cuestionario de 22 preguntas: prevención, principales enfermedades bucales (caries, enfermedad periodontal), creencias que envuelven a la gestación y a la salud dental.



Un 31% tienen la certeza que durante su embarazo padecerán de los dientes y de las encías, resignándose a su pérdida, siendo inevitable su control.

La relación entre la gestación y la atención odontológica, (67%) posee un mal conocimiento sobre esto, persistiendo temores, ideas erradas que durante la gestación no se puede recibir asistencia odontológica.

Los motivos por el cual no reciben atención odontológica actual fue por no presentar dolor (33%) y a la gestación en si (22%).

Se debe realizar mayor labor preventiva promocional en pacientes gestantes y púerperas de los diferentes centros hospitalarios, proporcionando charlas sobre conocimientos básicos sobre salud bucal.

Garbero Irene, et al. Argentina-2005, ²⁵ Explora conocimientos y actitudes de las embarazadas de los distintos sectores del sistema de salud de Tucumán, en relación con los cambios orales producidos durante la gestación.

Se utilizó cuestionario de autoadministración con respuestas cerradas en 258 embarazadas de los sectores privados y seguridad social (Grupo I) y 126 del sector público (Grupo II). El promedio de edad del Grupo I fue 23 años, el 42,6% tenía estudios secundarios y el 61,1% eran primíparas. El Grupo II de 19 años de edad promedio, el 61,9% tenía estudios primarios, el 74,7% dos o más hijos previos.

El 26,5% del Grupo I consideró que podía haber algún efecto nocivo al feto durante la atención por parte del odontólogo, responsabilizando de tal efecto al uso de la anestesia (20,5%), a los medicamentos utilizados en las distintas



prácticas (10,2%) y al estrés de la situación odontológica (4,4%). El 54,7% del Grupo II consideró que se puede hacer un daño al feto. Según este grupo el daño era consecuencia de la anestesia (42,8%), de los demás medicamentos utilizados por el odontólogo (33,3%) y del estrés (4,7%).

A pesar de las diferencias educacionales de las mujeres de los distintos sectores del sistema de salud, son escasos los conocimientos acerca del origen y posibles causas del deterioro oral durante el embarazo. La demanda de atención a pesar del deterioro sufrido fue escasa.

Batista Osmir, et al. Brasil – 1990,¹⁰ Identifica los conocimientos y mitos sobre la salud dental en gestantes, incluye a 116 gestantes de clase media alta. Se solicita que respondan unas preguntas a través de una entrevista por teléfono.

90% de las mujeres respondieron no haber tenido problemas en los dientes o encías durante la gestación, mientras que el 10% respondió que si y la mayor incidencia fue de gingivitis y el sangrado gingival y solo 2 dicen que los dientes se debilitan en el embarazo.

Tienen un alto grado de interés en su salud bucal, por lo que muchos trataron sus dientes antes del embarazo para evitar problemas durante el embarazo.

A pesar de que estas mujeres están motivadas para adoptar medidas de higiene y de promoción de la salud; 42% tienen miedo a realizarse tratamiento dental durante el embarazo porque piensan que perjudica el desarrollo de su hijo. Acerca de la transmisión de caries de la madre al hijo sólo 12% respondieron positivamente, 88% desconocían la información y su importancia. 52% tenían



temores de contaminación durante el tratamiento dental, 48% opinan que hay riesgo de infección, pero no tiene miedo porque confían en las medidas de esterilización de su dentista.

El conocimiento popular, sus mitos y temores influyen significativamente en el comportamiento de las personas. Si estos no son considerados y la propuesta de programas debe ser adaptado a la realidad local, sino será inviable y de pocos resultados.

Fuentes Ramón, et al. Chile- 2007, ²⁶ busca conocer las ideas que posee un grupo de embarazadas en control prenatal, en torno a la salud oral y el embarazo.

Es una investigación exploratoria, transversal, realizada en 9 centros de salud.

La encuesta consta de 5 preguntas cerradas, aplicándose a 65 embarazadas seleccionadas aleatoriamente. La muestra fue obtenida por conveniencia. El 98% de las encuestadas cree que durante el embarazo es necesario consultar al odontólogo, el 60% cree que el embarazo produce caries y el 70% cree que el embarazo puede producir pérdida de piezas dentarias, 22% siente temor de consultar al dentista durante el embarazo.

Se requieren más esfuerzos en educación durante el control prenatal para entregar conocimientos adecuados en relación a salud oral y embarazo, incluyendo el factor cultural, que les permita mejorar las medidas de auto cuidado durante este período.

Rengifo Herney Alonso, Colombia-2008, ²⁷ describir las creencias en torno a la salud oral que tienen las gestantes en tres municipios de Colombia. Estudio



observacional descriptivo de corte transversal, para lo cual se aplicó una encuesta semiestructurada. Se incluyó un total de 441 gestantes. El promedio de edad fue veintidós años. En cuanto a creencias en general se encontró que el 96,60% (426) de las gestantes poseen al menos una creencia en torno a la salud oral, y 70% se centra en que durante el embarazo el bebé le “roba” calcio a los dientes de la madre y se “pierde un diente por cada embarazo”.

Las gestantes presentan en gran medida creencias erróneas que pueden estar influenciando su comportamiento frente a las prácticas y frente a su demanda en el área de odontología.

Las instituciones de salud deben involucrar activamente los servicios de odontología en los procesos de atención prenatal y de crecimiento y desarrollo del niño, incluso como una política institucional donde se tengan en cuenta las creencias propias de la gestante en su formulación e implementación.

Domínguez Esperanza, et al. México- 2004, ²⁸ Identifica el perfil de la mujer embarazada con respecto a la atención bucal, este estudio se basa en la revisión de expedientes clínicos de 4 clínicas odontológicas, correspondientes a enero del 1999 hasta octubre del 2004, donde se registro 18 expedientes.

Las pacientes que cursan el segundo trimestre de embarazo son las que más asistieron. La edad que más predominó es la de 21 a 25.

En cuanto a ocupación: Estudiante 10%, Otro 15%, Empleada 20%, Ama de casa 55%. La paciente que se dedica al hogar es la que más acude al servicio odontológico.



Motivo de la consulta: Odontalgia 42%, Otros 26%, Limpieza 11%, Enfermedad periodontal 11%, Fracturas de corona 5%, Sin datos 5%. Concluimos que el mayor porcentaje de las pacientes que acudieron a las Clínicas, lo hizo por presentar dolor.

Al realizar este trabajo de investigación nos dimos cuenta que no existe difusión de la salud bucal en pacientes embarazadas. Nuestra hipótesis comprueba: las mujeres que acuden a consulta, solo lo hacen cuando existe una emergencia en la cavidad bucal.



2.2 Bases teóricas

2.2.1 Representación Social

2.2.1.1 Concepto de Representación Social²⁹

La representación social permite el acceso al pensamiento social, es decir, a aquellos conocimientos, creencias, opiniones, que emergen de la interacción grupal, acerca de los objetos socialmente significativos. T. Ibañez (1988) en su libro *Ideologías de la Vida Cotidiana* expresa que el pensamiento social no es más que el tipo de pensamiento que utilizan los miembros de una cultura, de una sociedad para elaborar su visión de los objetos, realidades y acontecimientos que conforman su cotidianidad.

En 1961 S. Moscovici define la representación social y hoy día se habla de la Teoría de la Representación Social que agrupa a numerosos y distinguidos seguidores como Jodelet, D.(1990), Abric, J.(1984), Farr, R..(1991) Ibañez, T.(1988), Paez, D.(1991), Banchs, M.A.(1990), etc²⁹.

Una de las más destacadas seguidoras de Moscovici define las representaciones sociales como: "imágenes que condensan un conjunto de significados, sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que sucede e incluso dar un sentido a lo inesperado, categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos " (Jodelet, D. citada por Páez, D. 1991, pág. 58).

Existen muchas otras definiciones, concepciones y nociones de representación social, por lo que resulta un concepto complejo y polifacético ; que encierran



formas de pensamiento social que facilitan la interpretación de la realidad, son formas de conocimientos elaborados socialmente, compartidos, prácticos y que participan en la construcción de la realidad.

La mayoría de los autores consideran que las representaciones están conformadas por elementos cognitivos, informacionales, ideológicos, mitos, creencias, actitudes, etc.

Las representaciones sociales son un proceso de construcción de la realidad, pues ellas forman parte de la realidad social, ayudan a la configuración de la misma y como parte sustancial de la realidad producen en ella determinados efectos específicos; además, las representaciones sociales propician la construcción del objeto del cual son una representación. De tal modo, la representación social construye en parte su objeto por lo cual este objeto es, tal y como aparece en su representación social (Álvarez, L. y Vasallo, N., 1999).

2.2.1.2 Principales fuentes³⁰

Las principales fuentes de las Representaciones Sociales se han visto reflejadas en los supuestos elementales que articulan esta teoría. En sentido amplio se encuentra la experiencia acumulada por la humanidad a lo largo de la historia, escenario donde cristaliza la cultura, que va a asumir sus particularidades en cada contexto socioeconómico concreto. Luego, por medio de tradiciones, creencias, normas, valores, llega a cada hombre con expresiones de la memoria colectiva y es a través del lenguaje que se



transmite todo este arsenal cultural que es determinante en la formación de las representaciones sociales.

De tal modo, cuando nos referimos al contexto sociocultural que determina una representación, debemos tener en cuenta las condiciones históricas, económicas e ideológicas en que surgen, se desarrollan y desenvuelven los grupos y objetos de representación que estudiamos. Son importantes además, las instituciones u organizaciones con las que interactúan los sujetos y grupos, así como la inserción social de los individuos en términos de pertenencia a determinados grupos y las prácticas sociales en los que estos participan. Otras de las fuentes esenciales de las representaciones es la comunicación social en sus diferentes formas, dentro de la que se puede mencionar los medios de comunicación como transmisores de conocimientos, valores, modelos, informaciones y la comunicación interpersonal. Dentro de esta última podemos destacar las conversaciones cotidianas en las cuales recibimos y ofrecemos todo un cúmulo de informaciones el cual es imprescindible en la estructuración de la representación social.

Durante estas interacciones comunicativas se origina el llamado “trasfondo comunicacional” que sirve de escenario permanente a las representaciones, y a su vez, es fuente inagotable de contenidos para estos. Darío Páez (1992) plantea que las representaciones sociales emergen ante objetos, procesos o hechos sociales que demandan “normalización”, es decir, transformarse, ajustarse en algo conocido y concreto, o explicar aquello que resulta negativo. Plantea además que todo estereotipo, toda creencia



ideológica, no necesariamente, deriva en una representación, solamente aquellas relacionadas con situaciones conflictivas, por lo que afirma que la contradicción entre valores ideológicos y la existencia de conflictos provocan el surgimiento de representaciones.

A criterio de Frank Elejabarrieta (1995) existen tres grandes tipos de objetos capaces de originar un proceso representacional:

- a. Objetos, ideas y teorías científicas de corte utilitario en la vida cotidiana.
- b. La imaginación cultural, los elementos míticos o mágicos, que son cuestiones relevantes para los grupos sociales en un contexto dado.
- c. Las condiciones sociales y acontecimientos significativos, a los que Moscovici denomina “discutibilidad social”, pues son las polémicas particularmente relevantes para grupos y contextos.

De forma general podemos sintetizar que las representaciones sociales se construyen en función de las comunicaciones que circulan en el medio social, así como los roles y posiciones que al individuo le toca asumir y ocupar dentro de ese medio, y en ellas encontramos expresadas el conjunto de creencias, valores, actitudes, normas y tradiciones con que los individuos afrontan las situaciones cotidianas.

2.2.1.3 Componentes de las Representaciones Sociales

Las representaciones sociales constituyen una unidad funcional estructurada. Están integradas por formaciones subjetivas tales como: opiniones, actitudes, creencias, imágenes, valores, informaciones y conocimientos. Algunas pueden



guardar estrecha relación con la propia representación social, y en esto han radicado muchas críticas, de modo que ellas se encuentran contenidas dentro de la propia representación y por tanto, las representaciones sociales las trasciende, siendo una formación más compleja.

Las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos.

Investigaciones llevadas a cabo han demostrado que desde el punto de vista de la génesis, la actitud es la primera dimensión de una representación, pues nos representamos “algo” luego y en función de la toma de posición hacia ese “algo”.

La actitud:

Es el elemento afectivo de la representación. Se manifiesta como la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación; expresa por tanto, una orientación evaluativa en relación con el objeto. Imprime carácter dinámico y orienta el comportamiento hacia el objeto de representación, dotándolo de reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección. Moscovici señala que: “... la actitud implica un estímulo ya constituido, presente en la realidad social a la que se reacciona con determinada disposición interna, mientras que la representación social se sitúa en “ambos polos”: constituye el estímulo y



determina la respuesta que se da.” (referido por Rodríguez, O., 2001, p. 17). Según Darío Páez la diferencia más notable entre actitud y representación está dada en la interpretación de los datos más que en los instrumentos que son utilizados, pues las técnicas son muy similares.

La información:

Es la dimensión que refiere los conocimientos en torno al objeto de representación; su cantidad y calidad es variada en función de varios factores. Dentro de ellos, la pertenencia grupal y la inserción social juegan un rol esencial, pues el acceso a las informaciones está siempre mediatizado por ambas variables. También tienen una fuerte capacidad de influencia la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno a este.

Campo de representación:

Este es el tercer elemento constitutivo de la representación social. Nos sugiere la idea de “modelo” y está referido al orden que toman los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada.

El campo representacional se estructura en torno al núcleo o esquema figurativo, que constituye la parte más estable y sólida de la representación, compuesto por cogniciones que dotan de significado al resto de los elementos. En el núcleo figurativo se encuentran aquellos contenidos de mayor significación para los sujetos, que expresan de forma vívida al objeto



representado. Es necesario destacar que esta dimensión es “construida” por el investigador a partir del estudio de las anteriores.

Jean Claude Abric (1976) presupone que una representación está organizada en un sistema central y otro periférico. Plantea la hipótesis según la cual los individuos o grupos reaccionan no a las características objetivas de la situación, sino a la representación que de ellas tienen.

El sistema central tiene una marcada relevancia ya que va a estructurar los contenidos que están fuertemente anclados sobre la memoria colectiva del grupo que lo elabora, dotando a la representación de estabilidad y permanencia, por lo cual constituye la parte más coherente y rígida.

Las principales características de este sistema son:

- Está directamente vinculado y determinado por las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas. Marcado por la memoria colectiva del grupo y su sistema de normas.
- Dotado de estabilidad, coherencia y resistencia al cambio. Garantiza la continuidad y permanencia de la representación.
- Tiene una cierta y relativa independencia del contexto social inmediato.
- Tiene una función generadora, a través de la cual se crea o se transforma y da significación a otros elementos constitutivos de la representación.
- Es el elemento unificador o estabilizador, pues determina la naturaleza de los lazos que unen entre sí los elementos de la representación.



- Tiene función consensual, pues permite definir la homogeneidad del grupo social.

En el sistema periférico se encuentran insertadas las experiencias individuales de cada sujeto, por lo cual es posible explicar la diversidad de representaciones que existen al interno de un grupo entre sus miembros. Este sistema adopta mayor dinamismo, flexibilidad e individualización que el sistema central. Sus características fundamentales pueden ser sintetizadas de la siguiente manera:

- Es más sensible a las características del contexto inmediato. Concretiza el sistema central en términos de toma de posición o conducta.
- Por su flexibilidad, asegura la función de regulación y adaptación del sistema central a los desajustes y características de la situación concreta a la que se enfrenta el grupo. Es un elemento esencial en la defensa y protección de la significación central de la representación y absorbe las informaciones o eventos nuevos, susceptibles de cuestionar el núcleo central.
- Su flexibilidad y elasticidad posibilitan la integración de la representación a las variaciones individuales vinculadas a la historia del sujeto, a sus experiencias vividas. Hace posible la existencia de representaciones más individualizadas, organizadas alrededor de un núcleo central común al resto de los miembros del grupo. Permite una cierta modulación individual de la representación.



La representación se estructura en torno al núcleo figurativo que la dota de significación global y organiza los elementos periféricos que protegen su estabilidad y además tiene funciones adaptativas.

2.2.1.4 Formación de las representaciones sociales

Para llegar a conformarse la representación es imprescindible que ocurran dos procesos: la objetivación y el anclaje, fases que se encuentran muy ligadas por el hecho que una presupone a la otra. Tan solo la representación objetivada, naturalizada y anclada es la que permite explicar y orientar nuestros comportamientos. Es por ello que diversos autores han demostrado su alcance.

2.2.1.4.1 La Objetivación

Podría definirse como aquel proceso a través del cual llevamos a imágenes concretas que nos permiten comprender mejor lo que se quiere decir, aquellos conceptos que aparecen de manera abstracta. Consiste en transferir algo que está en la mente en algo que existe en el mundo físico.

Darío Páez diría que "... se trata del proceso mediante el cual se concreta, se materializa el conocimiento en objetos concretos. En esta fase se retienen selectivamente elementos, se organizan libremente y se estructura un modelo figurativo icónico simple."(Páez y col., 1987)

Este mecanismo se encuentra bajo la influencia de la inserción de los sujetos en la sociedad, de sus condiciones sociales. Se realiza a través



de tres fases: la construcción selectiva, la esquematización estructurante y la naturalización.

- **La construcción selectiva:** Aquel proceso a través del cual los diferentes grupos sociales y los sujetos que los integran se apropian, de una manera muy particular y específica, de las informaciones y los saberes sobre un objeto. Esta forma de preparación implica la retención de algunos elementos de la información y el rechazo de aquellos que no resulten significativos. Los elementos retenidos se someten a una transformación con el objetivo de que puedan encajar en las estructuras de pensamiento que ya están constituidas en el sujeto, es decir, estos nuevos elementos van a adaptarse a las estructuras formadas anteriormente.
- **La esquematización estructurante:** Una vez seleccionada la información y convenientemente adaptada a través del proceso de apropiación, se organiza internamente para conformar una imagen del objeto representado de manera coherente y de fácil expresión. Esto da lugar a la formación del núcleo central.
- **La naturalización:** Según Ibáñez es en tanto proceso donde el núcleo central adquiere un status ontológico que lo sitúa como un componente más de la realidad objetiva. El núcleo central es el resultado de un proceso de construcción social de una representación mental; sin embargo, se olvida el carácter artificial y simbólico del núcleo y se le



atribuye plena existencia fáctica. El núcleo pasa a ser la expresión directa de una realidad que se le corresponde perfectamente y de la cual no parece constituir sino un reflejo fiel. Una vez que ha quedado constituido, el núcleo tiene toda la fuerza de los objetos naturales que se imponen “por sí mismos” a nuestra mente.

El mecanismo de la objetivación está notablemente influenciado por una serie de condiciones sociales, como puede ser la inserción de las personas en la estructura social.

2.2.1.4.2 El Anclaje

Moscovici refiere que “...es el mecanismo que permite afrontar las innovaciones o la toma de contacto con los objetos que no son familiares. Utilizamos las categorías que nos son ya conocidas para interpretar y dar sentido a los nuevos objetos que aparecen en el campo social.”(Moscovici, 1976, citado por Ibáñez, T., 1998, p. 50).

Para nosotros el proceso de anclaje sería la integración al pensamiento de una nueva información sobre un objeto, la cual aparece con un significado específico ante nuestros esquemas antiguos y a la que se le atribuye una funcionalidad y un papel regulador en la interacción grupal.

Es aquí donde se manifiestan los procesos de asimilación y acomodación, pues las informaciones recibidas son deformadas por nuestros esquemas ya constituidos, y a su vez, esta nueva información



cambia nuestros propios esquemas para acomodarlos a sus características. Se puede afirmar entonces que este proceso se refiere al enraizamiento de la representación social y su objeto.

El proceso de anclaje articula las tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración de la novedad, función interpretativa de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales. (referido por Rodríguez, O., 2001, p. 20). Tanto el anclaje como la objetivación hacen familiar lo no familiar; el primero transfiriéndolo a nuestra esfera particular donde somos capaces de compararlo e interpretarlo, y el segundo, reproduciendo entre las cosas que podemos tocar y en consecuencia, controlar.

2.2.1.5 Funciones

Las funciones de las representaciones sociales han sido expuestas por varios autores destacando la funcionalidad y utilidad práctica de la teoría en el ámbito social. Jean Claude Abric (1994) hace una sistematización sobre el tema donde resume, a su modo de ver, cuatro funciones básicas de las representaciones. Estas funciones han sido desarrolladas en un trabajo realizado por Maricela Perera (1999), siendo precisamente dichas funciones las que presentamos a continuación:

- 1. Función de conocimiento:** Permite comprender y explicar la realidad. Las representaciones permiten a los actores sociales adquirir nuevos conocimientos e integrarlos, de modo asimilable y comprensible para ellos,



coherente con sus esquemas cognitivos y valores. Por otro lado, ellas facilitan -y son condición necesaria para- la comunicación. Definen el cuadro de referencias comunes que permiten el intercambio social, la transmisión y difusión del conocimiento.

2. **Función identitaria:** Las representaciones participan en la definición de la identidad y permiten salvaguardar la especificidad de los grupos. Sitúan además, a los individuos y los grupos en el contexto social, permitiendo la elaboración de una identidad social y personal gratificante, o sea, compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados.

3. **Función de orientación:** Las representaciones guían los comportamientos y las prácticas. Intervienen directamente en la definición de la finalidad de una situación, determinando así a priori, el tipo de relaciones apropiadas para el sujeto. Permiten producir un sistema de anticipaciones y expectativas, constituyendo una acción sobre la realidad. Posibilitan la selección y filtraje de informaciones, la interpretación de la realidad conforme a su representación. Ella define lo que es lícito y tolerable en un contexto social dado.

4. **Función justificatoria:** Las representaciones permiten justificar un comportamiento o toma de posición, explicar una acción o conducta asumida por los participantes de una situación.

La funcionalidad de las representaciones sociales puede sintetizarse en evaluativas, orientadoras, explicativas y clasificatorias. A esta es necesario



añadir otras dos funciones que guardan estrecha interrelación con las mencionadas anteriormente. Dichas funciones son:

- **Función sustitutiva:** Las representaciones actúan como imágenes que sustituyen la realidad a la que se refieren, y a su vez participan en la construcción del conocimiento sobre dicha realidad.
- **Función icónico-simbólica:** Permite hacer presente un fenómeno, objeto o hecho de la realidad social, a través de las imágenes o símbolos que sustituyen esa realidad. De tal modo, ellas actúan como una práctica teatral, recreándonos la realidad de modo simbólico.

2.2.1.6.- Metodología en el estudio de las Representaciones sociales

Estudiar la teoría de las Representaciones Sociales es una tarea ardua y compleja. A lo largo de los años se han realizado distintas investigaciones sobre el tema, para lo cual han sido utilizados diversos métodos e instrumentos, pero hasta nuestros días no se ha privilegiado ninguno en particular, lo cual no quiere decir que todos o cualquiera sean válidos. Al respecto decía Doise: "...la pluralidad de aproximaciones de la noción y la pluralidad de significados que vehicula, hacen que sea un instrumento de trabajo difícil de manipular." (Doise, 1990, citado por Cabrera, M., 2004, p. 14)

La importancia, amplitud y complejidad del fenómeno representacional conlleva a la necesidad de combinar enfoques o perspectivas teóricas que de modo complementario se articulen y asuman diferentes abordajes metodológicos, sin que esto signifique un eclecticismo teórico-metodológico. Por ello nos es posible,



partiendo de presupuestos compatibles, abordar el fenómeno desde distintas ópticas, pudiendo articular métodos y técnicas que nos permitan un mayor acercamiento al mismo.

Precisamente, una de las vías para acceder a su conocimiento se halla en el campo de la comunicación y la interpretación, donde se revela la importancia del lenguaje para nuestra investigación, pues es mediante los “discursos” de los individuos que conoceremos el fenómeno. Al decir de Potter y Wetherell (1987), los “discursos” serían todas las formas de interacción hablada, formal e informal y todo tipo de textos escritos. Su trascendencia radica en que es una práctica que construye sistemáticamente el objeto del cual habla.

Es preciso establecer con suficiente rigor y precisión cuál es el contenido concreto de la representación de tal forma que nos permita estudiar su dinámica interna, en la modalidad del pensamiento social. Se hace necesario para ello recurrir a técnicas que permitan conocer el esquema figurativo, el campo de representación, las actitudes y el conjunto de informaciones que componen esta categoría, y que permiten atestiguar la presencia de una representación social debido al grado de estructuración de estos elementos.

Es nuestra consideración que a través de técnicas como las entrevistas en profundidad y las asociaciones de palabras, podemos tener acceso a dicho material discursivo, que por su naturaleza favorece la espontaneidad y la naturalización de la situación de intercambio.



Es necesario añadir que los discursos no constituyen una expresión directa de las representaciones de los sujetos y corresponde al investigador su construcción, realizando un cuidadoso análisis, puesto que los universos semánticos producidos por los sujetos incluyen elementos cognitivos, simbólicos y afectivos que organizan, dan sentido y dirección al pensamiento de cada individuo particular.

No debemos pasar por alto un importante precepto teórico que plantea esta teoría donde se enuncia que toda representación es siempre de algo (el objeto) y de alguien (el sujeto, la población o grupo social). Dada la relación dialéctica que debe existir entre ambos, se nos hace imprescindible señalar algunos aspectos metodológicos que puntualiza Celso Pereira de Sá (1998) que consideramos fundamentales cuando del estudio de esta categoría se trate. Ellos son los siguientes:

- a. Enunciar exactamente el objeto de la representación.
- b. Determinar los sujetos en cuyas manifestaciones discursivas y comportamientos se estudiará la representación.
- c. Determinar las dimensiones del contexto sociocultural donde se desenvuelven los sujetos que se tendrán en cuenta para conocer sobre la representación.

Evidentemente, nos encontramos ante un amplio espectro de posibilidades metodológicas para estudiar las representaciones sociales. Nos corresponde entonces definir la metodología que utilizaremos para la recogida y procesamiento de la información, que en términos de metodología de la



investigación consistiría en diseñar el análisis lógico de un estudio, que no es una secuencia lineal direccional, sino un proceso dialéctico que avanza a través de contradicciones.

2.2.1.7 REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA SALUD²⁹

Abordando desde la teoría de la representación social el objeto salud pretendemos acercarnos a las creencias, opiniones, actitudes y conocimiento cotidiano y espontáneo que la población estudiada tiene sobre la salud y en torno a las cuales, actúan, se orientan y toman decisiones.

La salud es un constructo complejo y polisémico, por lo que se derivan múltiples definiciones en torno a la misma, al estudiar la evolución de los conceptos de salud nos encontramos en cada momento histórico con valores, conocimientos y representaciones que los configuran.

Existen múltiples enfoques con relación a la salud que van desde el biológico hasta los que ubican la salud como una realidad social, como un concepto social mediado por la formación económica social, por factores sociodemográficos, ecológicos, psicológicos, etc.

De entre todas las definiciones presentadas en la literatura científica se acepta con mucha frecuencia la expuesta por la OMS en su Carta Magna o Carta Constitucional (1946) que la definió como : El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. A pesar de ser una de las más aceptadas y utilizadas, ha resultado muy polémica,



pues en torno a ella, varios autores se han pronunciado indicando que la salud no se puede ver como algo estático y que no siempre es sinónimo de bienestar.

La salud es vista hoy desde una perspectiva muy diferente a la que tradicionalmente había prevalecido, y se la identifica como una dimensión social. De acuerdo con Barriga y León: " La salud de un individuo, como realidad psicosocial que es, no puede desentenderse del contexto social en que se disfruta. Necesariamente estamos ligados a la salud de los demás. Su salud nos repercute y nuestra salud les atañe" (Barriga, S. y León, J.M., 1993 pág. 23).

Lo anterior implica que la salud es un proceso que pone de manifiesto diversas contradicciones personales y sociales. El nivel de salud que las personas tienen abarca tanto el buen funcionamiento biológico como el social y psicológico y así en todas las actividades donde el hombre se expresa como tal.

El proceso salud tiene una naturaleza social, las transformaciones sociales globales que ocurren en la sociedad tienen su repercusión sobre la misma y así la salud se convierte en un indicador del funcionamiento social.

La salud entendida como emergente social es un problema de toda la sociedad, de manera que no se reduce a una institución o a un grupo de instituciones parciales en tanto la satisfacción del hombre en su trabajo, la vida familiar plena, su educación, la cultura, sus condiciones materiales y espirituales de vida, son factores indisolublemente ligados con la salud humana (Zaldívar,D.,1988).



La acción de lo social sobre la salud no incluye solo el micromedio social en el cual se desarrolla el individuo (el sistema más inmediato de relaciones del sujeto: Familia, grupos de coetáneos, colectivos laborales y sociales, etc.), sino también el macromedio, es decir, la sociedad, en la cual surge y se expresa la subjetividad social (León, I. y Knapp E.,1997).

La subjetividad social se caracteriza por formas de valoración, organización, adaptación y expectativas que se asumen como naturales para el individuo quien, en su vida cotidiana, funciona en ese marco de referencia social con relación a la misma y que las personas de forma individual no logran trascender.

Son estas concepciones sobre la determinación social de la salud y la de la salud como concepto o categoría social, es decir, la salud como objeto social lo que nos llevó a estudiar la Representación Social de la Salud Humana.

El estado de salud - enfermedad es el resultante de un proceso que cruza por los aspectos sociales, económicos, políticos, históricos y culturales de los individuos, de los colectivos y de las sociedades. El desconocimiento de esta situación ha separado a las ciencias de la salud y sus practicantes (pacientes), haciendo que existan dos discursos hasta ahora paralelos - el científico patentado y el del paciente- en la práctica esta situación refleja el poco impacto que hasta hoy las profesiones de la salud han tenido en el intento por mejorar las condiciones globales de salud y las prácticas de autocuidado, particularmente en la odontología, donde no se observa, según los estudios nacionales de morbilidad bucal, cambios importantes en el estado de salud bucal de la población. De ahí la



importancia de entender el discurso del paciente, para conciliarlo con el del profesional en pro de un beneficio mutuo.³¹

El discurso que envuelve el significado de "estar sano de la boca" y la importancia de ésta, se encuentra cargado de expresiones valorativas y adjetivadas que dan cuenta de una representación maximista de cada uno de estos eventos. Así, se oyen expresiones como: "Tener la boca sana es lo mejor que uno puede tener", "Pues es un orgullo", "Una maravilla". Con ellas, el sujeto está haciendo uso semántico del sentimiento que le produce pensar en un momento determinado sobre su salud oral, que bien hace parte de su integridad pero que no se racionaliza o contextualiza sino en determinadas circunstancias como en el caso de la interrelación entre el sujeto que investiga y el paciente. Es probable que para el paciente ajeno a una situación de indagación sobre su representación al respecto de la salud oral, no tenga la misma connotación que en el caso concreto cuando se le sitúa sobre ella misma, esto sucede quizá porque el discurso hegemónico desde las ciencias de la salud imprime una rotunda división desde las percepciones del sujeto y su expresión semántica y el discurso técnico.³¹

2.2.1.8.- REPRESENTACIONES SOCIALES EN LA MUJER GESTANTE

Dentro de este contexto la salud y la enfermedad poseen una realidad independiente de su definición biomédica, pues son objeto de representaciones y tratamientos especiales en cada cultura. Independiente del fenómeno biológico, la enfermedad puede ser vista como un fenómeno social, que a pesar de ser un acontecimiento individual, moviliza un conjunto de relaciones sociales.³²



Pensando en la familia como un espacio primario de relacionamiento social, las mujeres y madres ejercen una influencia especial, principalmente en cuestiones relacionadas a salud, pues actúan como agentes productores y multiplicadores de conocimientos, información y actitudes para promover su salud y de toda su familia.¹⁴

El período de gestación es considerado como un momento único en la vida de la mujer, en que ella demuestra estar bastante receptiva a la información relacionada a su futuro niño, por ello, la gestación, es percibida como un momento idóneo para los trabajos de educación en salud.¹⁴

Para que las madres puedan desempeñar de manera más efectiva su papel de promotoras de la salud necesitan de recurso, primeramente, para estar sanas. Sin embargo, la alta prevalencia de enfermedades bucales en gestantes está bastante documentada en la literatura odontológica¹⁵⁻¹⁶. Es necesario reconocer a la mujer como ser integral, no simplemente reproductiva sino responsable de su salud y de su propia vida. A si será capaz de generar y mantener vidas igualmente saludables³³.



2.2.2 SALUD BUCAL EN LA MUJER DURANTE LA GESTACIÓN

2.2.2.1 SALUD BUCAL Y EMBARAZO

El análisis de la percepción de las necesidades de salud bucal durante la gestación, desde la perspectiva de la embarazada, es una dimensión no siempre considerada, por lo cual es necesario incorporar este tipo de estudios durante el proceso de elaboración de políticas en salud.

El embarazo es un evento que obliga al organismo de la futura madre a realizar ciertos ajustes fisiológicos. La cavidad bucal es, sin duda, un sitio que no escapa a dichos cambios, por lo que se requiere de una revisión constante durante esa etapa, bajo el enfoque de una atención multidisciplinaria integral.³⁵

El tratamiento de la salud oral de las gestantes debe entenderse como parte de los cuidados prenatales necesarios¹⁵, también considerar aspectos biológicos y clínicos recientemente asociados entre enfermedad periodontal durante la gestación y nacimientos pre-termino y bajo peso³³ y la relación directa entre la experiencia de la caries de la madre y su hijo³⁴, desencadenada por la transmisibilidad bacteriana¹⁵⁻³³ y por el intercambio cultural, comportamientos socioeconómicos y entorno familiar.

Otro aspecto a considerar durante la atención en el embarazo, son los servicios odontológicos que se ofrecen, los cuales deberían ser el resultado de un profundo análisis a partir del conocimiento y la opinión de expertos, acerca de las características demográficas y epidemiológicas de la población y la determinación de las necesidades percibidas.³⁵



2.2.2.2 ENFERMEDADES ORALES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO

A. ALTERACIONES GINGIVO PERIODONTAL

La gingivitis es una inflamación del margen gingival que ocurre frecuentemente tanto en niños como en adultos, originada por factores locales o sistémicos. En el embarazo se asocian estos dos agentes etiológicos el factor sistémico con los cambios hormonales, y localmente por presencia de la placa bacteriana.^{36,37}

La prevalencia más alta de gingivitis se registra en el transcurso de la pubertad. La forma más común de la gingivitis es la asociada a la placa bacteriana, en la cual el crecimiento de la misma irrita la encía dando como resultado un engrosamiento, inflamación y dolor.^{38,39}

La descripción de los cambios gingivales en la gestación data de 1898, aún antes de que se contara con algún conocimiento, sobre los cambios hormonales en el embarazo. La gingivitis del embarazo es consecuencia de la placa bacteriana exactamente del mismo modo que en las no embarazadas. La gestación acentúa la reacción gingival ante la placa y modifica la situación clínica resultante afectando directamente la microvascularización de la encía. Ante la ausencia de irritantes locales, no suceden cambios notables en la encía durante el embarazo.⁴²

Aunque se ha comprobado que el estrógeno y la progesterona tienen una función importante en el desarrollo de la inflamación e incremento del exudado del surco gingival, se sostiene que la placa bacteriana es el factor causal de la enfermedad, interviniendo el componente hormonal cuando hay presencia de irritantes locales y cambios gingivales no controlados.⁴¹



Hay una directa correlación positiva entre la cantidad de placa bacteriana, la severidad de la gingivitis y la higiene bucal como agente etiológico primario.⁴²

La gingivitis constituye una de las alteraciones periodontales comúnmente identificada en mujeres, aunque no existe consenso general relación a los factores que se consideran intervienen en su aparición hay tendencia a conceptuar que el embarazo por si mismo no causa gingivitis y los cambios patológicos del tejido gingival en este periodo se relaciona con la presencia de placa bacteriana, calculo dental y el nivel deficiente de higiene bucal, interviniendo los factores hormonales exagerando la respuesta a los irritantes locales.^{43,44}

La encía sufre cambios a causa de las descargas hormonales durante el embarazo. Frecuentemente, las mujeres embarazadas padecen más gingivitis a partir del tercer o cuarto mes. Esta gingivitis del embarazo se caracteriza por inflamación, sangrado y enrojecimiento de encía causado por el acumulo de placa.⁴⁵

Aliaga mostró que el nivel de inflamación gingival es mayor cuanto mas jóvenes son las pacientes debido quizás a una doble presencia hormonal, (pubertad y embarazo).⁴⁶

Tremolada no halló una relación directa entre la inflamación gingival y los niveles de estradiol y progesterona en mujeres gestantes aunque si demostró que existía una mayor inflamación en las gestantes comparadas con las no embarazadas.⁴⁷



B. ALTERACIONES DENTARIAS

La lesión cariosa durante el embarazo es exactamente igual a la observada en otro tipo de paciente. Es evidencia clínica que en la época de gestación y pos parto se observan estas lesiones sobre todo en el tercio gingival de las coronas de los dientes. La explicación para este aumento no radica en la desmineralización de los tejidos dentales, ya que estudios científicos han comprobado que, aunque el aporte de calcio durante el embarazo sea insuficiente, los tejidos dentarios no sufren descalcificación, la etiología del aumento de la incidencia de la caries se debe a cambios del régimen dietético, tendencia a la disminución de hábitos de higiene bucal, erosión producida como consecuencia de los ácidos por los vómitos inducidos y descuido del control de higiene bucal por parte de las embarazadas.⁵⁰

Es antigua y difundida la creencia de la descalcificación de los dientes de la mujer durante la gestación para suplir los minerales para el desarrollo del feto, pero no tiene soporte científico.^{49,50}

2.2.2.3 MANEJO ODONTOLÓGICO DE LA PACIENTE EMBARAZADA

El embarazo puede condicionar una deficiencia inmunitaria transitoria, por lo cual lo primordial es la eliminación de focos de infección.

La atención odontológica en la mujer embarazada comienza realizando la historia clínica, consignando la edad gestacional, exploración, rayos X, diagnóstico, detección de focos de infección y plan de tratamiento. Éste se llevará a cabo con la eliminación de focos de infección, mediante la educación para la salud dental, raspado coronal, programa de control personal de placa, eliminación de procesos



cariosos, reafirmación de raspado, dada la alta prevalencia de alteraciones gingivales y elaboración de prótesis (*Cuadro I*).⁵¹

Cuadro I: Atención odontológica a la paciente embarazada, por trimestre.		
Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre
❖ Control de Placa	❖ Control de Placa	❖ Control de Placa
❖ Instrucciones de higiene oral	❖ Instrucciones de higiene oral	❖ Instrucciones de higiene oral
❖ Profilaxis y curetajes simples	❖ Profilaxis y curetajes simples	❖ Profilaxis y curetajes simples
❖ Tratamiento de emergencia solamente	❖ Tratamiento dental de rutina	❖ Tratamiento de emergencia solamente

Las enfermedades bucales con más alta frecuencia son la caries y enfermedad periodontal. La necesidad de prevenirlas y promover la atención oportuna cuando se presentan ha sido motivo de múltiples acciones.

Por su magnitud, las enfermedades bucales constituyen un problema en la paciente embarazada que depende en gran parte de la aplicación de medidas preventivas y curativas. Sin embargo, y a pesar de esto, el paso de los tiempos ha demostrado que en el grupo de embarazadas existen creencias y prácticas que no aceptan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, lo que ha hecho que la demanda de servicios dentales sea baja.

Se ha mencionado con frecuencia «la descalcificación» que sufren los dientes maternos, se habla de que «el bebé le roba calcio a los dientes de la mamá», del daño que producen las radiaciones dentales y lo nocivo de los medicamentos que utiliza el odontólogo como es el caso de los anestésicos. Hasta el momento se acepta que: el embarazo no descalcifica los dientes, la dosis de radiación dental que se emplea no causa daño (por seguridad utilizamos el mandil de plomo) y los



medicamentos (penicilina y paracetamol) y anestésicos como los tipo amida (lidocaína) que se emplean usualmente en la práctica odontológica no tienen repercusión materna ni fetal.^{52,53}

Atender a una paciente que cursa por el primer trimestre de gestación puede aumentar la posibilidad de regurgitación, náuseas y vómito, lo cual dificultaría la colocación de dique de hule. Se debe anestesiar depurando la técnica para evitar intentos fallidos.

En el 2° y 3er trimestres, la mujer puede mostrar mayor hipotensión simplemente al colocarse en decúbito dorsal (supino) en el sillón dental. Considerando el desplazamiento visceral, las sesiones no deben ser mayores a 25 minutos.^{15,16}

Se debe realizar la eliminación de caries y obturación del órgano dentario en una sola cita, así como evitar la colocación de curaciones temporales. En tratamientos de conductos, instrumentar con extrema precaución, para evitar perforaciones del ápice y condicionar bacteremias transitorias. En caso de abscesos periapicales y/o periodontales, realizar de inmediato el tratamiento indicado. «Para el odontólogo, la mujer embarazada no debe ser una paciente distinta, pero sí una paciente especial». Se relaciona al embarazo con la aparición de problemas gingivales, aumento del sangrado gingival debido a que sufre un gran cambio hormonal porque los niveles estrogénicos descienden y la progesterona se eleva y produce alteraciones vasculares que generan mayor permeabilidad; se presenta una agudización de problemas infecciosos de origen dental debido a que el PH salival se altera, disminuye el flujo de saliva y la capacidad buffer. Los ginecólogos generalmente no toman en cuenta la importancia del tratamiento odontológico, a pesar de que las embarazadas que cursan con gingivitis corren el riesgo de tener



bebés con bajo peso, ya que aumentan las cantidades de productos tóxicos liberados por bacterias en la sangre y se inicia una respuesta de liberación de prostaglandinas que genera contracciones uterinas o parto prematuro.^{51,54-56}

Es decir la enfermedad periodontal es un factor de riesgo durante la gestación representando 7 veces más el riesgo de partos prematuros (antes de las 37 semanas completas de gestación) y el bajo peso al nacer, siendo los mayores responsables de morbilidad y mortalidad neonatal, llegando a ser causa de graves problemas respiratorios, ceguera o de secuelas neurológicas que comprometen el desarrollo del recién nacido.⁵⁹

2.2.2.3.1 FARMACOLOGÍA PERINATAL

Para la utilización de fármacos en el embarazo es importante evitar la inducción de alteraciones en el producto de la gestación y la generación de ansiedad materna después de la exposición a medicamentos que puedan conducir a la mujer a considerar la terminación del embarazo.

No existen periodos del desarrollo en que el embrión o el feto esté libre de ser afectado por agentes teratógenos.

En el primer trimestre (máxima sensibilidad) se realiza la mayor parte de la organogénesis y durante las dos primeras semanas del embarazo, cuando la mujer no sabe que está embarazada, el embrión puede ser afectado aunque no se haya establecido la placenta.

En el periodo fetal (2° y 3er trimestres) pueden producirse alteraciones del desarrollo; la acción teratógena es capaz de frenar el crecimiento y la maduración de los órganos, lo cual puede causar anomalías muy graves aunque no se



produzcan modificaciones estructurales profundas. Son especialmente sensibles a la acción teratogena en el periodo fetal los órganos de maduración tardía, como el cerebro y los órganos de la reproducción.

La Comunidad Europea (CE) y la Food And Drugs Administration (FDA) crearon clasificaciones de productos farmacológicos en el embarazo ^{53,57} (*Cuadros II y III*).

Cuadro II: Categorización de los productos farmacológicos en el embarazo propuestos por la European Community, Committee on Proprietary Medical Products.	
Categoría A	Este fármaco ha sido evaluado en mujeres embarazadas y no se conocen efectos nocivos durante el curso del embarazo ni en la salud del feto o recién nacido.
Categoría B	No existen datos humanos para evaluar la seguridad con respecto al curso del embarazo y la salud del feto y del neonato.
Categoría C	Este fármaco no aumento la incidencia espontanea de malformaciones congénitas, pero tiene el potencial de producir daños por sus efectos farmacológicos que pueden alterar el curso del embarazo o lesionar al feto o al recién nacido.
Categoría D	Estos fármacos producen o se sospecha que producen malformaciones congénitas y/o efectos adversos irreversibles en el embarazo, feto y recién nacido.

Cuadro III: Categorías farmacológicas de riesgo fetal, según la Food and Drugs Administration (FDA).	
CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
A	Sin riesgo fetal; seguridad comprobada del uso durante el embarazo
B	Riesgo fetal no demostrado en estudios en animales o seres humanos.
C	Riesgo fetal desconocido; no hay estudios adecuados en seres humanos.
D	Alguna evidencia de riesgo fetal; puede ser necesario usar este fármaco.
X	Riesgo fetal comprobado; uso contraindicado durante el embarazo.

Los medicamentos utilizados en pacientes embarazadas son: antibióticos, analgésicos y anestésicos locales; de estos grupos farmacológicos existen medicamentos de la categoría A (CE); ningún antiinflamatorio aparece en esta lista (*Cuadro IV*) y según la FDA no existen fármacos que se utilicen en la práctica odontológica con clasificación A. (*Cuadro V*). ^{53,55}



Cuadro IV. Lista de fármacos que de acuerdo a la indicación y dosis pueden ser usados con seguridad durante el embarazo (Comunittee of Propietary Medical Products. European Comunity)	
Anfotericina B (tópica)	Eritromicina
Ampicilina	Fenoximetilpenicilina
Amoxicilina	Lidocaína
Bupivacaína	Lincomicina
Clorhexidina	Mepivacaína
Cefalosporinas	Nistatina (tópica)
Codeína	Paracetamol

Cuadro V. Categorías farmacológicas de riesgo fetal de antibióticos, según la FDA	
Fármacos	Categorías
Penicilinas	B
Cefalosporinas	B
Tetraciclina	D
Eritromicina	B
Clindamicina	B
Metronidazol	B
Estreptomina	D
Trimetoprina-sulfametoxazol	C

A.- ANTIBIÓTICOS

Según la FDA, actualmente sólo hay antibióticos de categorías B y C y los fármacos de la categoría B se creen relativamente seguros durante el embarazo. Las penicilinas son los antibióticos más utilizados cuando no existen reacciones de hipersensibilidad al fármaco que contraindiquen su uso, de las cuales la penicilina G es usada rutinariamente para infecciones durante el embarazo.

Ampicilina: es un antibiótico bactericida penicilínico semisintético, de amplio espectro y activo por vía oral; actúa inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana, uniéndose a proteínas específicas de la pared celular. No cruza la barrera placentaria y durante el embarazo es eliminada por vía urinaria dos veces más rápido, por lo que la dosis utilizada en infecciones sistémicas debe ser el doble de la que se utiliza en mujeres no embarazadas. Está contraindicada en pacientes con alergias conocidas a penicilinas.

Amoxicilina: es un antibiótico similar a la ampicilina; actúa contra un amplio espectro de microorganismos, tanto gram positivos como gram negativos; no es



estable frente a betalactamasas. Impide la correcta formación de las paredes celulares. Se absorbe rápidamente en intestino delgado y es eliminado por la orina, igual que la ampicilina. Está contraindicado en pacientes alérgicos a penicilinas. Se clasifica en la categoría B de riesgo para el embarazo; no es teratogénico; se considera fármaco seguro durante el embarazo; se puede excretar en la leche materna en pequeñas cantidades y puede producir salpullido, diarrea o superinfecciones en los lactantes.

Cefalosporinas: son antibióticos especialmente útiles para el tratamiento de infecciones en el embarazo. Todas atraviesan la barrera placentaria y su vida media puede ser más corta en el embarazo por el aumento de la filtración renal. No se han observado efectos adversos ni teratogénicos en recién nacidos. Son medicamentos de primera elección durante el embarazo, categoría «B» (Food and Drugs Administration). Existen de primera a cuarta generación.

Eritromicina: es el antibiótico de elección cuando existe alergia a las penicilinas, de uso muy seguro en el embarazo; es mal tolerada ya que la dosis usual produce trastornos gastrointestinales, lo que aminora su cumplimiento; suele unirse a proteínas, y por ello se alcanzan cifras bajas en el feto; debe evitarse la sal de estolato de eritromicina, ya que se ha encontrado que produce hepatotoxicidad materna.

Tetraciclinas: se depositan en los tejidos mineralizados tiñendo de color café el esmalte dentario; hay informes de hepatotoxicidad materna y fetal. El uso de las mismas durante el desarrollo dental (segunda mitad del embarazo, lactancia y niños menores de 8 años) puede causar decoloración permanente de los dientes (de gris parduzco a amarillos), sobre todo en tratamientos prolongados.



Clindamicina: pertenece al grupo de medicamentos denominados macrólidos y lincosamidas. Está indicado para el tratamiento de infecciones recurrentes causadas por gérmenes sensibles y que no responden a antibióticos de primera elección y como un tratamiento alternativo en casos de infecciones causadas por bacterias gran positivas aeróbicas en pacientes alérgicos a penicilinas; se utiliza en infecciones graves por anaerobios y también tiene actividad contra infecciones por *Chlamydia*; puede producir colitis pseudomembranosa.^{53,55}

Este fármaco atraviesa la placenta; no se ha establecido la seguridad de su uso durante el embarazo y en recién nacidos, por lo que no se recomienda durante el mismo, a no ser que su médico lo estime conveniente. También pasa a la leche materna, por lo que, durante la lactancia, debe ser utilizada solamente tras una evaluación del riesgo/beneficio por parte de su médico.

B.- ANALGÉSICOS

Paracetamol o acetaminofeno (analgésico y antipirético de elección en el embarazo): alivia el dolor y disminuye la temperatura en caso de fiebre; a dosis terapéuticas y por corto tiempo es inocuo, atraviesa la placenta; pero su acción teratogénica no está comprobada; la sobredosis materna puede dar alteraciones renales fetales y/o necrosis hepática.

Ácido acetil-salicílico: se ha asociado con la incidencia de fisuras bucales, muerte intrauterina, retardo del crecimiento e hipertensión pulmonar; el mecanismo propuesto para explicar estos hallazgos está relacionado con la inhibición de la síntesis de prostaglandinas.



Las compañías farmacéuticas que fabrican AINES indican que estos fármacos no deben usarse durante el embarazo.^{53,57}

C.- ANESTÉSICOS LOCALES

La conservación del bienestar del binomio madre-feto, durante el período reproductivo, es el objetivo primordial del equipo perinatal. Tradicionalmente, los odontólogos han ofrecido las opciones conservadoras del tratamiento a las mujeres embarazadas. Actualmente, esto ha cambiado, pudiéndose administrar, de ser necesario, fármacos que permitan la anestesia local, atribuyéndose pocos efectos colaterales y manteniéndose cuidados especiales durante los procedimientos. Sin embargo, la mayoría de los Obstetras y Odontólogos prefieren que el tratamiento dental se realice durante el segundo trimestre manteniéndose al mínimo durante los otros periodos de la gestación.⁶³

La bupivacaína, la lidocaína y la mepivacaína no causan efectos adversos en el embarazo en dosis adecuadas.

Bupivacaína: Tiene menor nivel plasmático en la sangre fetal por su unión a las proteínas plasmáticas de la sangre materna, por lo que el hígado fetal realiza un mínimo de trabajo en metabolizar este agente.

Lidocaína: Es el anestésico más utilizado en la mujer embarazada que requiere tratamiento dental.^{53,57} Una de las propiedades de la lidocaína es que produce una anestesia más rápida, intensa y duradera. La dosis máxima de lidocaína es de 5 mg/kg, si se usa vasoconstrictor es de 7 mg/kg. El mecanismo de acción de la lidocaína consiste en estabilizar la membrana neuronal por la inhibición del flujo iónico requerido para la iniciación y conducción de impulsos, por lo cual genera un



efecto de anestesia local. Es metabolizada en hígado y excretada por los riñones en forma de metabolitos.

Un complemento importante de los anestésicos locales son los vasoconstrictores introducidos por Braun (1924) para superar la desventaja de la corta duración del bloqueo con los anestésicos locales, ya que éstos por sí solos producen cierto grado de vasodilatación. La vasodilatación aumenta la absorción, el efecto sistémico máximo y la toxicidad, en tanto que disminuye la eficacia y duración de la anestesia. El vasoconstrictor más utilizado en odontología es la epinefrina, que es una sustancia fisiológica secretada en la médula suprarrenal, aunque también puede producirse en forma sintética. En general no genera efectos sistémicos observables en la forma que se usa con los anestésicos locales en odontología. La seguridad de los medicamentos se define tradicionalmente como la ausencia de efectos adversos para el feto empíricamente demostrables después de un contacto prenatal, perinatal o neonatal. Aunque el contacto puede ser producido por la administración directa, por lo general es indirecto, ya que se genera a través de la administración de un fármaco a una mujer embarazada o una madre en etapa de lactancia. El término efectos adversos para el feto se define como la evidencia tóxica y teratogénica estructural o del comportamiento. En lo que se refiere a los efectos tóxicos de la lidocaína, puede decirse que son el resultado de una sobredosis o excesiva administración y dependerá de la relación entre absorción y administración, esto condiciona el nivel plasmático de la droga y depende también de factores como: características farmacológicas del anestésico, dosis usada, velocidad de inyección, sitio de inyección, rapidez de la absorción, concentración del anestésico y de su vasoconstrictor, tipo de vasoconstrictor,



presencia o ausencia, factores sistémicos (edad, peso), condiciones generales del paciente (estado emotivo, susceptibilidad al fármaco, estado de salud-enfermedad, medicación que se está recibiendo). La lidocaína cruza la barrera placentaria y la hematoencefálica, presumiblemente por difusión, y la concentración plasmática es superior en el feto; sin embargo, no se han encontrado alteraciones específicas durante el proceso de desarrollo. Tampoco aumenta la incidencia de malformaciones u otros efectos directos sobre el feto. También se encuentra en la leche materna en cantidades tan pequeñas que por lo general no representa un riesgo para el bebé; en concentraciones terapéuticas la lidocaína no es carcinogénica, teratogénica o mutogénica ni tiene efectos sobre la fertilidad.

Otras consideraciones de la lidocaína es que sus presentaciones inyectables contienen metilparabeno o propilparabeno como conservadores bacterianos y un antioxidante como el metabisulfito, que evita la descomposición del vasoconstrictor. En ocasiones éstos causan reacciones alérgicas que pueden ser erróneamente atribuidas al anestésico local.⁶⁴



2.3. Planteamiento del Problema

2.3.1. Área Problema

Los conceptos de salud pública y promoción de la salud para grupos sociales específicos necesitan una concepción de las ideas de la gente sobre salud y enfermedad, capaz de tomar en consideración la influencia social sobre ellas, entendiendo el conocimiento cotidiano como socialmente construido.¹

“Representación Social” es un término que encontramos actualmente en diversas investigaciones dentro del campo de las Ciencias Sociales. Las vías para acceder a su conocimiento se halla en el campo de la comunicación y la interpretación, donde se revela la importancia del lenguaje para la investigación, pues es mediante los “discursos” de los individuos que conoceremos el fenómeno. Su trascendencia radica en que es una práctica que construye sistemáticamente el objeto del cual habla.³

La importancia de comprender los conocimientos de salud bucal de las gestantes a partir de las representaciones sociales, es decir conocer y comprender los conocimientos y percepciones en salud bucal de las personas a partir de su inserción social, valores, ideologías, creencias, actitudes. Nos va permitir comprender mejor para actuar mejor. Esta comprensión posibilita educación en salud más efectiva, mejor control del proceso salud- enfermedad bucal.²³

Las madres cumplen un papel estratégico en la atención de la salud familiar, en particular la de los niños pequeños. Demuestra la existencia de una cultura



médica popular compleja, manejada fundamentalmente por las mujeres, que tienen diversos orígenes y fuentes de información, desde las abuelas y otras parientes curanderas hasta los medios de comunicación. ⁴

El valor de decisión doméstica materna es fundamental e incluso vital, porque ahí es la decisión de donde y cuando se tiene que ir y que hacer, por tanto es este el nivel de mayor decisión de un sistema nacional de salud. ⁴

La salud bucal es un componente importante de la salud general y, por lo tanto, su alteración repercute en el bienestar, funcionamiento y calidad de vida de las personas. Sin embargo, a pesar de los avances en la odontología, las enfermedades bucales continúan siendo un gran problema de salud pública a nivel mundial, tanto por su magnitud, como por el impacto que generan en la calidad de vida de las personas y comunidades.⁵

Las enfermedades bucales que afectan a la población en general pueden ser prevenidas con medidas simples y económicas, para ello se debe realizar una mayor labor promocional en las gestantes de los centros de atención primaria, proporcionando mediante charlas, talleres y materiales audiovisuales los conocimientos y habilidad básica sobre salud bucal, tomando en cuenta el potencial de la mujer embarazada como ente transmisor de información y destreza en salud dentro de su grupo familiar, logrando con esto un cambio de actitud que contribuya a formar a una sociedad comprometida con su salud bucal y más sana; evitándose así un alto costo biológico, social y económico



en tratamientos restauradores tanto para la población como para los servicios públicos.⁶

El conocimiento popular, las creencias, los mitos, etcétera, así como la llamada medicina popular, no tiene un estatus inferior al de la ciencia médica, y en lo relacionado con la promoción, prevención y atención en salud, juega un rol fundamental, en tanto que orientan las comunicaciones y practicas con ellos vinculadas.²

2.3.2. Delimitación.

La importancia del conocimiento de salud oral de la madre y el ejemplo que ella transmita al niño sobre hábitos saludables, se convierten en factores determinantes para la adquisición futura de hábitos por parte del menor. Los determinantes socio-culturales, dietas, higiene oral, factores económicos- son la base para explicar mecanismos de patología en cuanto a la prevalencia de enfermedades orales y su respuesta al tratamiento.⁷

El embarazo constituye una etapa de importantes cambios en la mujer, no solo por las repercusiones que supone el nacimiento de un hijo sino por todas las consecuencias que va a experimentar tanto a nivel general como bucal.⁸

Existen variadas representaciones sociales con respecto a la salud bucal de la mujer durante el embarazo:

- La insatisfacción en salud oral generalmente está ligada a la presencia de dolor.¹¹



- Los principales obstáculos observados que las desanima al cuidado dental durante el embarazo son: la falta de necesidad percibida, la ansiedad y el miedo, el costo y la dificultad de acceso.⁹
- Se tiene recelo a los procedimientos odontológicos porque puedan causar daño al bebé, generalmente asociado a la aplicación de la anestesia dental.^{9,10, 11, 19}
- Desconocen el inicio de la higiene bucal del bebé o generalmente lo asocian al inicio de la erupción de los primeros dientes.²³
- Existe la creencia de que el dolor de muelas está vinculado a la condición de embarazo.⁹
- Está muy arraigada la creencia que el bebé retira calcio de los dientes durante el embarazo.^{11,19,23}
- Falta información y orientación sobre la importancia del mantenimiento de su salud bucal.¹³

2.3.3. Formulación.

¿Cuáles son las representaciones sociales de salud bucal en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010?



2.4. Justificación

El estado de salud y enfermedad es el resultante de un proceso que cruza por los aspectos sociales, económicos, políticos, históricos y culturales de los individuos y de las sociedades. El desconocimiento de esta situación ha separado a las ciencias de la salud y a los pacientes, haciendo que existan dos discursos hasta ahora paralelos - el científico patentado y el del paciente- en la práctica esta situación se refleja en el poco impacto que hasta hoy las profesiones de la salud han logrado en las condiciones globales de salud y las prácticas de autocuidado, particularmente en la odontología no se ha observado cambios importantes. De ahí la importancia de entender la percepción del paciente, para conciliarlo con el del profesional en pro de un beneficio mutuo³¹.

La familia es el pilar principal de las relaciones sociales, las mujeres ejercer una influencia importante, principalmente relacionado con la salud, pues actúa como agente productor y multiplicador de conocimiento, información y actitudes que promueven la salud de toda la familia¹⁴.



2.5. Objetivos de Investigación

Objetivo general

Se determinó las representaciones sociales de salud bucal de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

Objetivos Específicos

- a) Se identificó el perfil socio demográfico de las primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.
- b) Se conoció las representaciones sociales en salud bucal según etapas de vida en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.
- c) Se describió las representaciones sociales hacia el tratamiento odontológico según etapas de vida en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



2.6. Hipótesis

H1: Existe diferencias de las representaciones sociales de las primigestas según etapa de vida.

Ho: No hay diferencias de las representaciones sociales de las primigestas según etapa de vida.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudio

La investigación es descriptiva, transversal, con abordaje cuantitativo y cualitativo.

3.2. Población y Muestra

La población estuvo conformada por 400 primigestas que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo y asistieron a su control prenatal en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Daniel A. Carrión durante los meses de Junio- Agosto del 2010.

La muestra fue no aleatoria y se determinó con la saturación de datos, siendo conformada por 60 primigestas, agrupadas en dos grupos de 30, cada uno según etapas de vida: adolescentes, jóvenes. Previamente se informó del estudio y se solicitó consentimiento informado al apoderado de las participantes menores de edad.



3.2.1 Criterios de Inclusión

- ❖ Primigestas (Adolescentes, Jóvenes)
- ❖ Se consideró gestantes en el tercer trimestre.
- ❖ Acepte ser entrevistadas.

3.2.2 Criterios de Exclusión

- ❖ Multíparas
- ❖ Gestantes del primer y segundo trimestre
- ❖ Gestantes que presenten alteraciones sistémicas, físicas o mentales



3.3. Operacionalización de variables

3.3.1. Operacionalización de variables cuantitativas

Operacionalización de Variables (Cuantitativo)

VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA	CATEGORÍA
PERFIL DE LA GESTANTE	Datos socioculturales	EDAD	Número de años cumplidos	Nominal	1= 13-18 años (Adolescente) 2 =18-30 años (Joven)
		ESTADO CIVIL	Condición que caracteriza a una persona en sus vínculos personales con otra persona	Nominal	1=Casada 2= Soltera 3= Unión Libre (convivencia) 4=Separada 5=Viuda
		NIVEL EDUCATIVO	Grado de escolaridad alcanzado	Ordinal	1= Ninguno 2= Primaria 3= Secundaria 4= Superior
		OCUPACIÓN	Labor o trabajo al que se dedica	Nominal	1=No gana dinero 2= Con alguna forma de ingreso en dinero
REPRESENTACIÓN SOCIAL DE SALUD BUCAL	Conocimiento, percepción, creencia, ideología, actitud de la primigesta hacia su salud bucal	Satisfacción de salud bucal	Presencia o Ausencia	Nominal	1=Si 2=No
		Historia de salud-enfermedad bucal	Presencia o Ausencia	Nominal	1=Si 2=No 3= Indiferente
		Creencia que la gestación provoca problemas dentales	Presencia o Ausencia	Nominal	1=Si 2=No
		Percepción de la caries dental	Presencia o Ausencia	Nominal	1=Si 2=No 3= Indiferente
		Percepción sobre salud bucal del bebé	Presencia o Ausencia	Nominal	1=Si 2=No
REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y LA GESTACIÓN	Conocimiento, percepción, creencia, ideología, actitud de la primigesta hacia el tratamiento odontológico	Importancia del tratamiento odontológico durante la gestación	Presencia o Ausencia	Nominal	1=Si 2=No

Fuente: Mota A., Fincker M.



3.3.2. Categorización de variables cualitativas

CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS	
PERFIL DE LA GESTANTE	Ocupación		
REPRESENTACION SOCIAL DE SALUD BUCAL	Satisfacción de salud bucal		
	Historia de salud- enfermedad bucal:	Antes del embarazo	
		Durante el embarazo	
	Creencia que la gestación provoca problemas dentales	Identifica a la gestación como causante del deterioro de su salud bucal.	
		Identifica que el bebe retira calcio de sus dientes.	
	Percepción de la caries dental	Identifica a la caries dental como una enfermedad	
	Percepción sobre salud bucal del bebe		
REPRESENTACION SOCIAL DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y LA GESTACIÓN	Importancia del tratamiento odontológico durante la gestación	Importancia del tratamiento odontológico.	
		Importancia de la consulta al odontólogo durante el embarazo	
		Por que motivo acostumbra ir al odontólogo.	
		Actualmente recibe tratamiento odontológico.	
	Motivo y Tiempo de última visita al dentista		

Fuente: Mota A., Fincker M



3.4. Materiales (materiales y equipo)

- Ficha de Registro de Datos
- Mandil blanco
- Material de Oficina
- Pastas dentales
- Cepillo dental para Adulto
- Cepillo dental para Bebe
- Enjuague Bucal
- Grabadora
- Computadora

3.5. Métodos

3.5.1. Procedimiento y Técnica

- 1) Autorización y permiso de la Dirección del Hospital, del Comité de Investigaciones.
- 2) Solicitud de ambiente reservado en el área de Gineco Obstetricia para realizar las entrevistas.
- 3) Calibración del investigador en el uso de la encuesta y la guía para la entrevista, se realizó una prueba piloto con 9 gestantes, en la cual se evaluó si las palabras empleadas o preguntas hechas eran fáciles de entender.
- 4) Se realizó las correcciones correspondientes de los instrumentos.
- 5) Las entrevistas se realizaron durante los meses de Junio-Agosto del 2010, fue interdiario, por día se tomó 2-3 encuestas en promedio.



6) Se explicó a la entrevistada la finalidad y la importancia del estudio, en las menores de edad se solicitó al apoderado un Consentimiento informado (Anexo N°2)

3.5.2. Recolección de Datos

Se realizó una entrevista estructurada, combina preguntas cerradas y abiertas, posibilitando a la entrevistada expresarse en el tema propuesto, diseñada por Finkler Mirelle, et al. Brasil- 2004 ¹⁹, Mota Adelia, Brasil-2001¹¹.

1.- Para el análisis cuantitativo se consideró las preguntas cerradas de la entrevista.

Consta de dos partes:

- a. 5 preguntas acerca de nombre, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, que permitió identificar el perfil de la gestante por etapas de vida y las características socio culturales.
- b. 11 preguntas acerca de las representaciones sociales hacia la salud bucal, tratamiento odontológico de la primigesta, conocimiento de la higiene bucal de su futuro hijo.

Indicando afirmación (si) o negación (no) y en algunos casos indiferencia (no se) con respecto al conocimiento, percepción, actitud con respecto a su salud bucal durante el embarazo.



2.- Para el análisis cualitativo se consideró las preguntas abiertas de la entrevista acerca de su salud bucal, experiencias al tratamiento odontológico y al cuidado de la salud de su bebé.

3.5.3. Análisis de Datos:

3.5.3.1. Para el análisis cuantitativo:

- Se realizó un análisis descriptivo bivariado con frecuencias y porcentajes.
- Se utilizó el programa SPSS.

3.5.3.2. Para el análisis cualitativo, se realizó análisis de contenido:

- a) Ordenación de datos: Se realizó la transcripción de las entrevistas, lectura y organización de los relatos en secuencia como fueron obtenidos.
- b) Categorización inicial: Se realizó una relectura exhaustiva y repetitiva de los textos permitiéndonos estructurar las ideas de importancia de las entrevistas, fueron registrados en pre categorías. Las categorías iniciales ayudaron a separar las frases en que cada gestante se expresa sobre determinado asunto, extrayendo el principal enfoque de cada momento de la entrevista.
- c) Reordenación de datos empíricos: Se realizó la categorización de todas las entrevistas, las ideas más significativas.



d) Se agruparon en subcategorías y estas se reagruparon en categorías.

e) Análisis final: Los datos obtenidos fueron relacionados con el marco referencial, buscando responder los objetivos y se utilizó el programa SPSS.



IV. RESULTADOS

REPRESENTACIONES SOCIALES DE SALUD-ENFERMEDAD BUCAL SEGÚN ETAPA DE VIDA

Los resultados de las representaciones sociales se organizaron describiendo primero los resultados cuantitativos, seguido del cualitativo donde se señalaron las manifestaciones literales de las informantes con texto cursivo. Entre paréntesis especificamos a la informante de la siguiente manera; a las adolescentes con A y a las jóvenes con J acompañado de un número respectivamente.

En cualquier caso y con respecto a cada uno de los objetivos se presenta una síntesis que expresa la circunstancia o aspectos que revisten importancia.

4.1.- PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO:

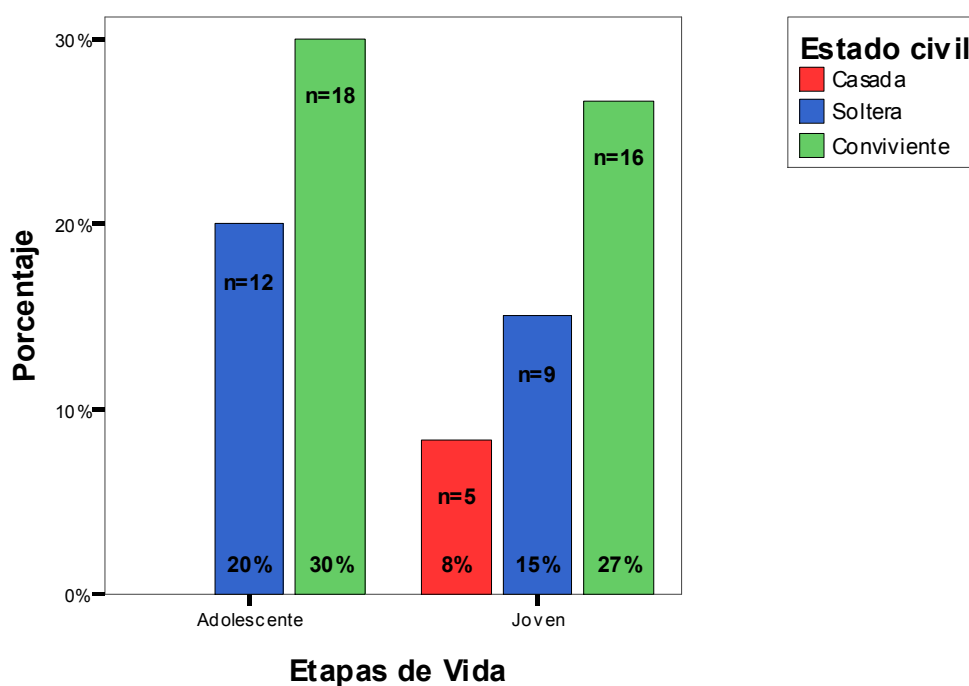
Según el estado civil, en las adolescentes 20% del total son solteras y 30% del total convivientes; en las jóvenes 15% del total solteras, 27% del total convivientes, 8% del total casadas. Se observa que predomina la convivencia en ambas etapas de vida. (Ver Tabla y Grafica 1).



TABLA 1: Estado civil según etapa de vida de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Estado civil			Total
			Casada	Soltera	Conviviente	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento		12	18	30
		% del total		20.0%	30.0%	50.0%
	Joven	Recuento	5	9	16	30
		% del total	8.3%	15.0%	26.7%	50.0%
Total		Recuento	5	21	34	60
		% del total	8.3%	35.0%	56.7%	100.0%

GRÁFICA 1: Estado civil según etapa de vida de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



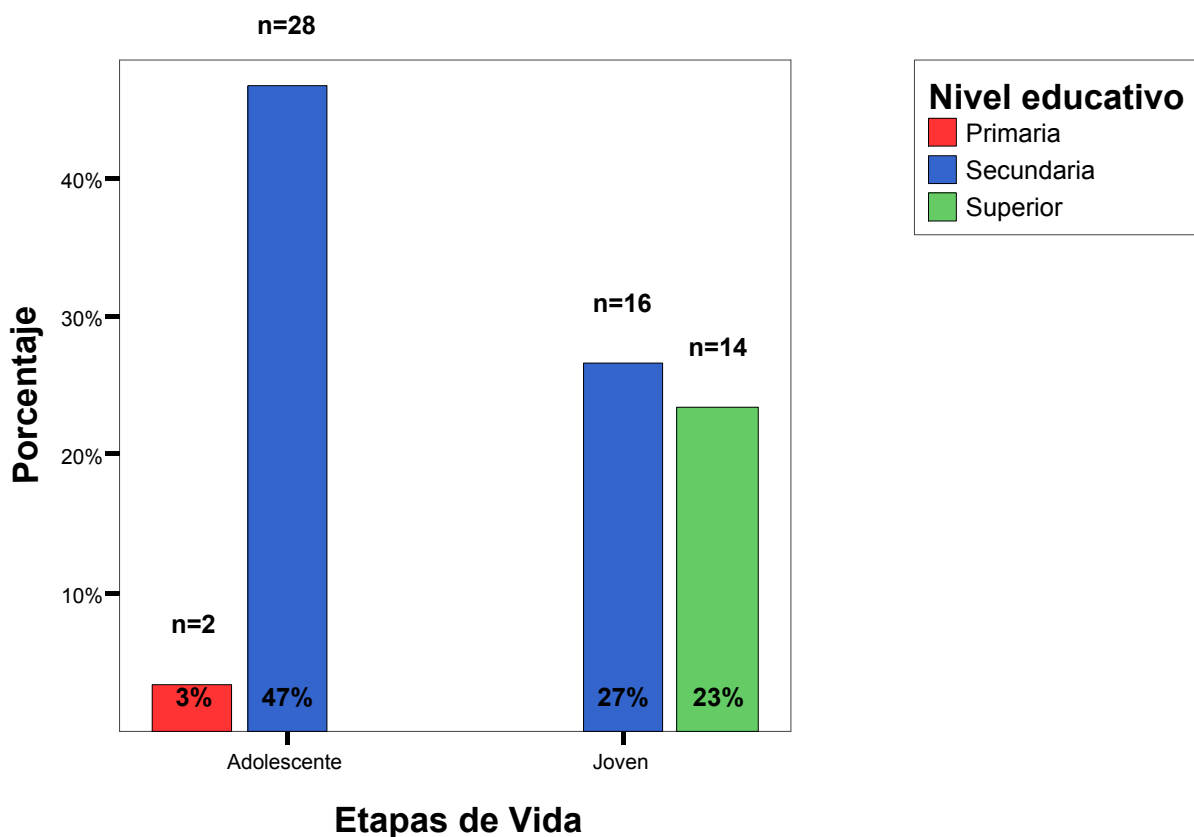
Con respecto al nivel educativo, el 47% de las adolescentes se encontraban en nivel secundario y 3% (2) tenía primaria. El 27% (16) de las jóvenes se encontraban en nivel secundario y superior 23% (14). (Ver Tabla y Grafica 2).



TABLA 2: Nivel educativo según etapa de vida de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Nivel educativo			Total
			Primaria	Secundaria	Superior	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	2	28		30
		% del total	3.3%	46.7%		50.0%
	Joven	Recuento		16	14	30
		% del total		26.7%	23.3%	50.0%
Total		Recuento	2	44	14	60
		% del total	3.3%	73.3%	23.3%	100.0%

GRAFICA 2: Nivel educativo según etapa de vida de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



Las adolescentes en su totalidad (50% del total) y 26 jóvenes (43% del total) no presentan ninguna forma de ingreso económico, mientras que solo 4 jóvenes (7% del total) si tienen ingreso económico. Asimismo 24 adolescentes han abandonado los estudios, han sido relegadas al espacio doméstico como amas de



casa, 4 han abandonado el colegio y descansan, mientras que tan solo 2 continúan estudiando. En las jóvenes 14 son amas de casa, 8 descansan, 4 trabajan y 4 continúan estudiando. Esto representa una marcada dependencia económica en ambas etapas de vida la que predomina en las adolescentes. . (Ver Tabla y Grafica 3 y 15).

TABLA 3: Ocupación según etapa de vida de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Ocupación		Total
			No gana dinero	Con alguna forma de ingreso en dinero	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	30		30
		% del total	50.0%		50.0%
	Joven	Recuento	26	4	30
		% del total	43.3%	6.7%	50.0%
Total		Recuento	56	4	60
		% del total	93.3%	6.7%	100.0%

GRÁFICA 3: Ocupación según etapa de vida de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

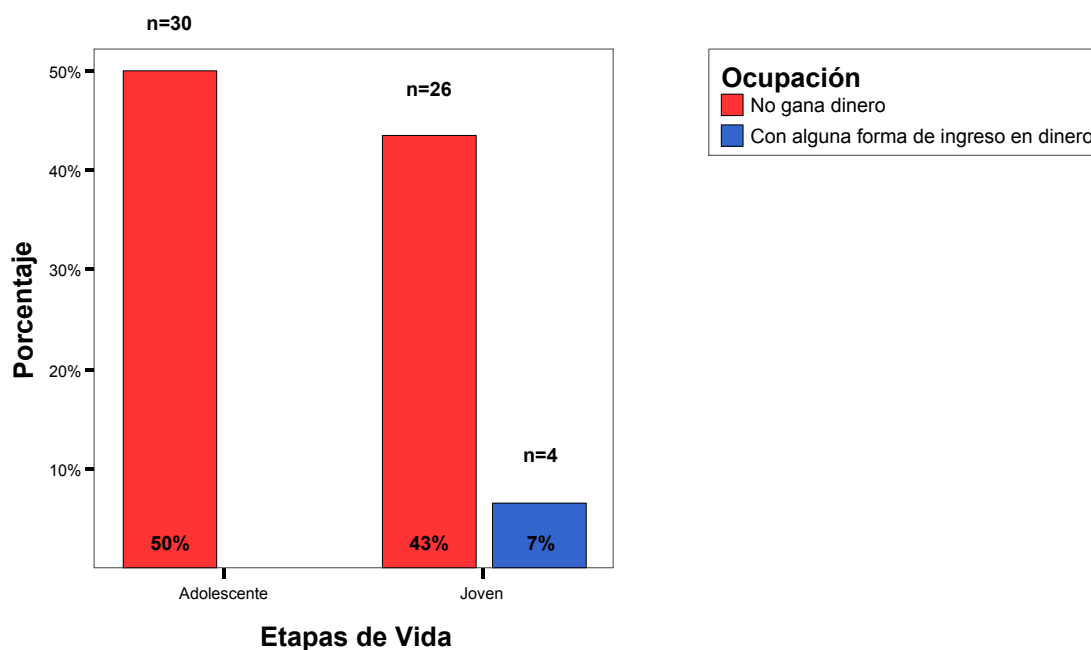
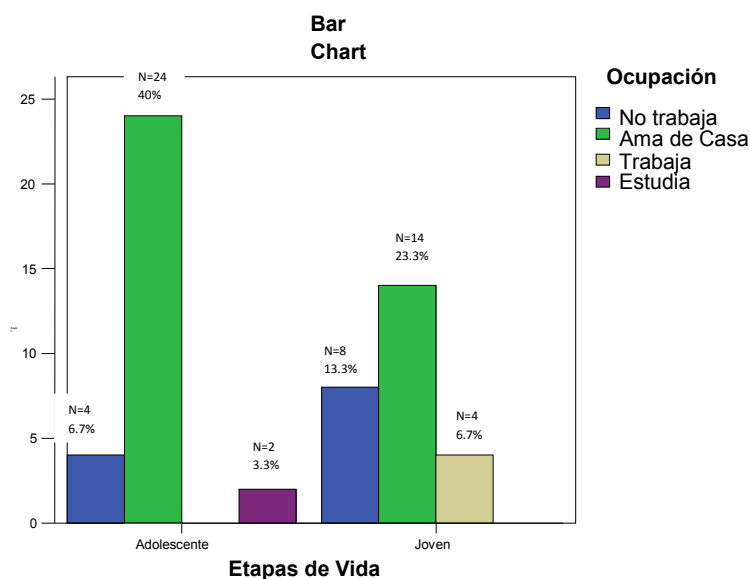




TABLA 15: Ocupación según etapa de vida de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			OCUPACIÓN				Total
			No trabaja	Ama de Casa	Trabaja	Estudia	
etapas de vida	Adolescente	Recuento	4	24		2	30
		% del total	6.7%	40.0%		3.3%	50.0%
	Joven	Recuento	8	14	4	4	30
		% del total	13.3%	23.3%	6.7%	6.7%	50.0%
Total	Recuento	12	38	4	6	60	
	% del total	20.0%	63.3%	6.7%	10.0%	100.0%	

GRÁFICA 15: Ocupación según etapa de vida de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.





4.2.- REPRESENTACIÓN SOCIAL DE SALUD-ENFERMEDAD BUCAL:

4.2.1.-Satisfacción de Salud Bucal

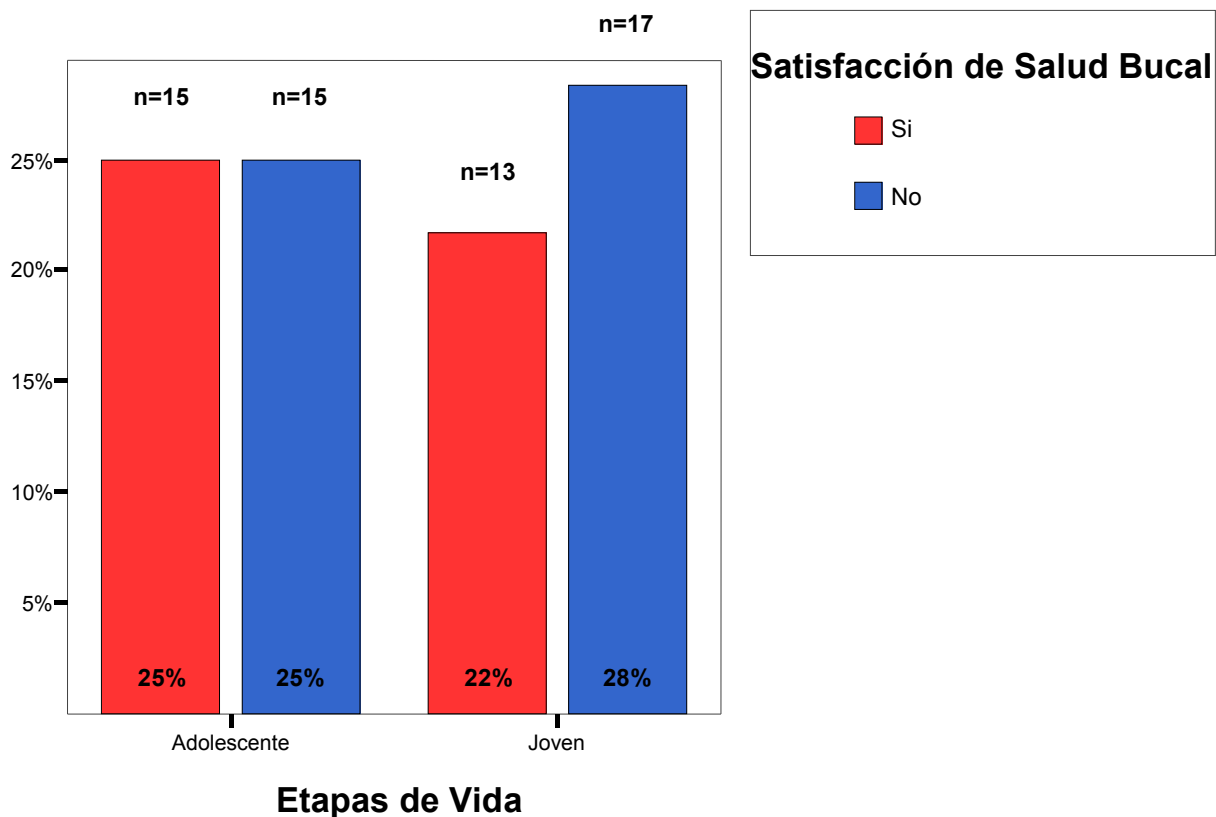
4.2.1.1. Análisis cuantitativo: 53% del total manifestaron no estar satisfechas con su salud bucal. Según etapa de vida mayor insatisfacción en las jóvenes. (Ver Tabla y Gráfica 4)

TABLA 4: Satisfacción de Salud Bucal según etapa de vida en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Satisfaccion de salud bucal		Total
			Si	No	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	15	15	30
		% del total	25.0%	25.0%	50.0%
	Joven	Recuento	13	17	30
		% del total	21.7%	28.3%	50.0%
Total		Recuento	28	32	60
		% del total	46.7%	53.3%	100.0%



GRÁFICA 4: Satisfacción de salud bucal según etapa de vida de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



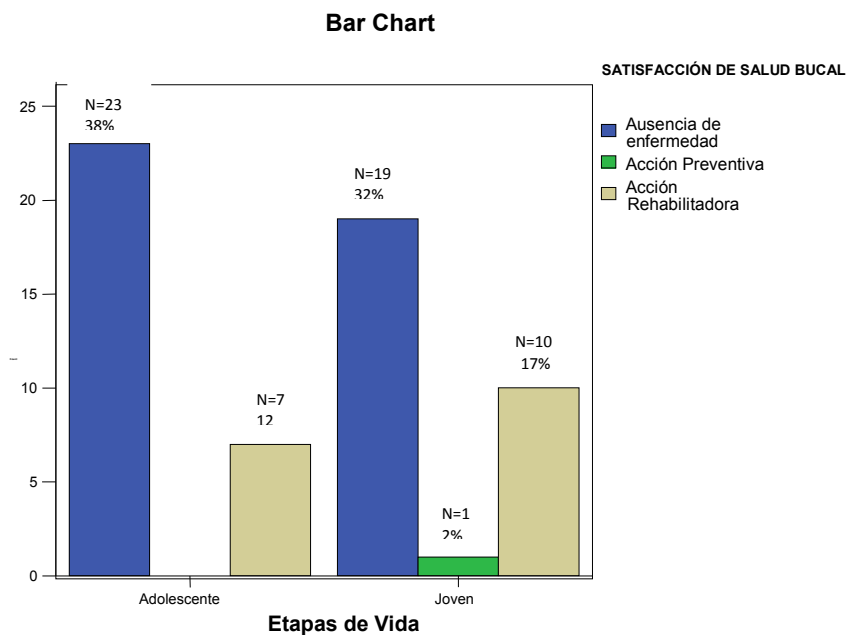
4.2.1.2. Análisis cualitativo.- Se preguntó porqué se encontraban satisfechas o insatisfechas con su salud bucal, las representaciones sociales de sus discursos se categorizaron en ausencia de enfermedad, accesibilidad al servicio odontológico y tener una conducta preventiva. (Ver Tabla y Gráfica 16).

TABLA N°16: Satisfacción de Salud Bucal según etapa de vida de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



			SATISFACCIÓN DE SALUD BUCAL			
			Relacionado a Ausencia de enfermedad	Relacionado a Acciones Preventivas	Relacionado a Acciones de Rehabilitación	
Etapa De Vida	Adolescente	Recuento	23	0	7	30
		% del total	38.3%	.0%	11.7%	50.0%
	Joven	Recuento	19	1	10	30
		% del total	31.7%	1.7%	16.7%	50.0%
Total			42	1	17	60
			70.0%	1.7%	28.3%	100.0%

GRÁFICA N°16: Satisfacción de Salud Bucal según etapa de vida de primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



La satisfacción de su salud bucal generalmente está asociada a la ausencia de enfermedad en 23 adolescentes y 19 jóvenes. En este grupo hay gestantes que manifestaban “*todo está bien sin dolor*”, “*me siento normal*”, “*me siento bien*”, “*no me incomoda nada*”, “*están sanos mis dientes*”. Esta aseveración se percibe más en las adolescentes



En algunas gestantes su satisfacción está en relación a la belleza o estética de la sonrisa (A.7) y culpabilizan el cambio de color de sus dientes (amarillentos) al embarazo (J.5)

- ✓ A.2: *“Estoy satisfecha porque no tengo caries, no me huele la boca”.*
- ✓ A.9: *“Si estoy satisfecha porque me siento bien. Cuando me cepillo me sangran las encías, el Dr. me dijo que era normal porque estaba embarazada”.*
- ✓ A.19: *“No estoy satisfecha, sino que se está saliendo por pedacitos mi muela, antes me dolía fuerte pero ahora no, ahora se está saliendo”.*
- ✓ A.7: *“No estoy satisfecha porque no me gusta mis dientes de adelante, porque unos están atrás otros están más adelante”.*
- ✓ J.5: *“No estoy satisfecha porque están amarillentos mis dientes desde que salí embarazada”.*
- ✓ J.10: *“No estoy satisfecha porque me duele las muelas, hace meses me dolía poquito cuando comía dulce, pero ahora creo que con el embarazo más está doliendo. Yo tengo curaciones, de repente se a destapado, con el agua duele y se siente molestia”.*
- ✓ J.19: *“Sangrado de encías, cuando me cepillo y tengo una picadura grande me molesta, me duele cuando como dulce, estoy así con la picadura desde antes del embarazo pero ahora con más frecuencia el dolor”.*

Para 7 adolescentes y 10 jóvenes la satisfacción de su salud bucal está en función a la accesibilidad al servicio odontológico es decir recibir o no tratamiento. Algunas de las primigestas se encuentran insatisfechas porque necesitan tratamiento



dental y no pueden recibir porque consideran al tratamiento odontológico como riesgo para el bebé por el uso de anestesia y medicamentos, esta representación social es reforzada por el odontólogo en algunos casos.

- ✓ A.8: *“Está normal, me estaba haciendo mis curaciones”.*
- ✓ J.15: *“No estoy satisfecha, me descuidé mis dientes, e empecé a curarme porque estaba gestando pero de ahí lo dejé, falta todavía”.*
- ✓ J.17: *“Si estoy satisfecha, hay que hacerse revisar los dientes para ver si tiene caries. Me he hecho revisar y me dijeron que tenía que hacerme curaciones, entonces el año pasado me han hecho varias curaciones en la posta y concluí con el tratamiento”.*
- ✓ A.13: *“No estoy satisfecha, porque me tienen que extraer y no lo pueden hacer porque me tienen que anestesiarse y no puedo porque estoy gestando, esto me dijeron en la posta, tenía 5 meses de embarazo. Es un hueso que yo lo tenía ya y no lo pueden extraer hasta que de a luz”.*
- ✓ J.29: *“No estoy satisfecha, yo pienso que a todas las gestantes deberían constantemente hacerle la revisión dental, cada cierto tiempo, porque muchos dicen que se descalcifica los dientes. Me duele un poco la muela del fondo, cuando yo tenía 3 meses de embarazo fui para que me hagan un chequeo de mis dientes, entonces uno de mis dientes se había roto un pedacito, yo le dije al Dr. que se puede hacer y me dijo que no se podía hacer nada hasta que el bebé nazca”.*



Una joven lo relaciona a la acción preventiva, mientras en las adolescentes no existe este discurso:

- ✓ J.7: “Si estoy satisfecha, bueno aparte que me atendido e llevado un control que te dan. Si tranquila, normal”.

4.2.2.- Historia de Salud-Enfermedad Bucal

4.2.2.1- Historia de Enfermedad antes del Embarazo

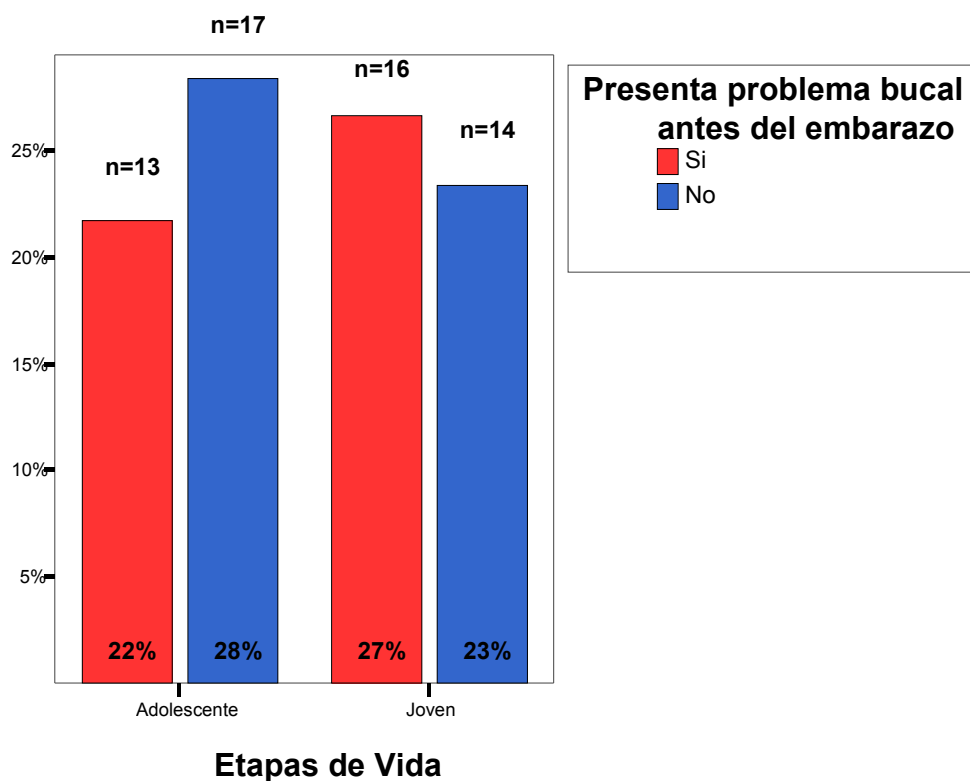
4.2.2.1.1.- **Análisis Cuantitativo.-** Se preguntó a la primigesta si ha tenido problemas bucales antes del embarazo, el 48.3% del total constituido por 13 adolescentes y 16 jóvenes identifican haber tenido problemas antes del embarazo. Generalmente las gestantes que no identifican haber tenido problemas antes del embarazo son porque salud es representado por la ausencia de enfermedad, es decir ausencia de dolor, esto se identifica en mayor porcentaje en las adolescentes (17% del total). (Ver tabla y Grafica 5).

TABLA 5: Problema bucal antes del embarazo según etapa de vida en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Presenta problema bucal antes del embarazo		Total
			Si	No	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	13	17	30
		% del total	21.7%	28.3%	50.0%
	Joven	Recuento	16	14	30
		% del total	26.7%	23.3%	50.0%
Total		Recuento	29	31	60
		% del total	48.3%	51.7%	100.0%



GRÁFICA 5: Problema bucal antes del embarazo según etapa de vida en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



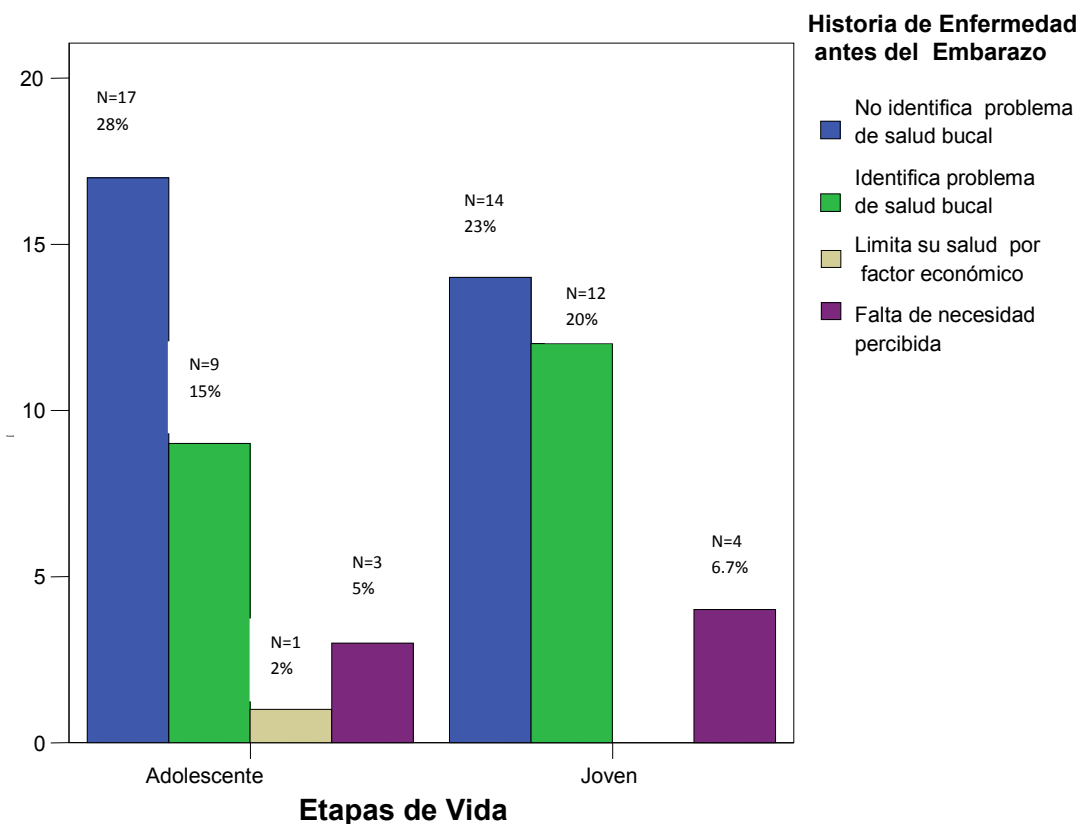
4.2.2.1.2.- **Análisis Cualitativo.**- los problemas bucales identificados antes del embarazo, se categorizaron las representaciones sociales de sus discursos en acudir al servicio odontológico cuando presentan odontalgia u otra molestia, falta de accesibilidad al servicio odontológico por factor económico y falta de necesidad percibida. (Ver Tabla y Gráfica 17).



TABLA N°17: Problema bucal antes del embarazo según etapa de vida en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

				IDENTIFICA ENFERMEDAD BUCAL ANTES DEL EMBARAZO				Total
				No identifica problema de salud bucal	Identifica Problema de Salud Bucal	Limita su salud por Factor Económico	Falta de Necesidad Percibida	
Etapa De Vida	Adolescente	Recuento del total	%	17 28.3%	9 15.0%	1 1.7%	3 5.0%	30 50.0%
	Joven	Recuento del total	%	14 23.3%	12 20.0%	0	4 6.7%	30 50.0%
Total				31 51.6%	21 35.0%	1 1.7%	7 11.7%	60 100.0%

GRÁFICA N°17: Problema bucal antes del embarazo según etapa de vida en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.





9 adolescentes y 12 jóvenes identificaron haber tenido odontalgia, caries dental, sangrado de encías. Es decir acuden al servicio de Odontológico generalmente cuando presentan dolor, siendo el tratamiento habitual la extracción, refiriendo una experiencia negativa y esto les lleva a tener miedo a la consulta odontológica.

- ✓ A.26: *“Me han extraído mi muela y después quedo hueco y me comenzó a doler debajo”.*
- ✓ J.15: *“Me han sacado mi muela porque se a picado. Lo que pasa es que nunca me a gustado ir al dentista, de chiquita le tengo pánico. La primera vez que fui me hicieron doler, de allí me quede con dolor y la última vez que fui me sacaron la muela y me hicieron herida. Las veces que e ido e tenido mala experiencia por eso no me gusta ir”.*

Una primigesta a limitado su salud bucal por falta de accesibilidad por factor económico, en vez de optar por un tratamiento conservador opta por uno mutilador, la extracción.

- ✓ A.3: *“Tenía que hacerme una endodoncia, no me hice, me lo mande a sacar porque no tenía plata”.*

En 3 adolescentes y 4 jóvenes se percibe una falta de necesidad de ir al odontólogo a pesar de tener dolor o alguna molestia, a pesar que este dolor persista.

- ✓ A.7: *“tengo dolor de diente, ese diente me habían curando pero se salió la curación hace 7 años, siempre está fastidiando, no voy al dentista porque no tengo tiempo”.*



- ✓ J.2: “Dolor de muela ya lo tengo tiempo, 1 año. Cuando mastico comienza el dolor y no pasa después de una semana.”
- ✓ J.18: “Solamente el diente que se rompió, me sangran las encías cuando me cepillo, tengo caries, se me mete la comida, me lo quiero sacar (extraer) pero ahora con el embarazo creo que no se puede porque te colocan anestesia, no e consultado al odontólogo.”

17 adolescentes y 14 jóvenes manifestaron no haber tenido problemas de salud bucal, siendo mayormente en las adolescentes.

4.2.2.2- Historia de Enfermedad Durante el Embarazo

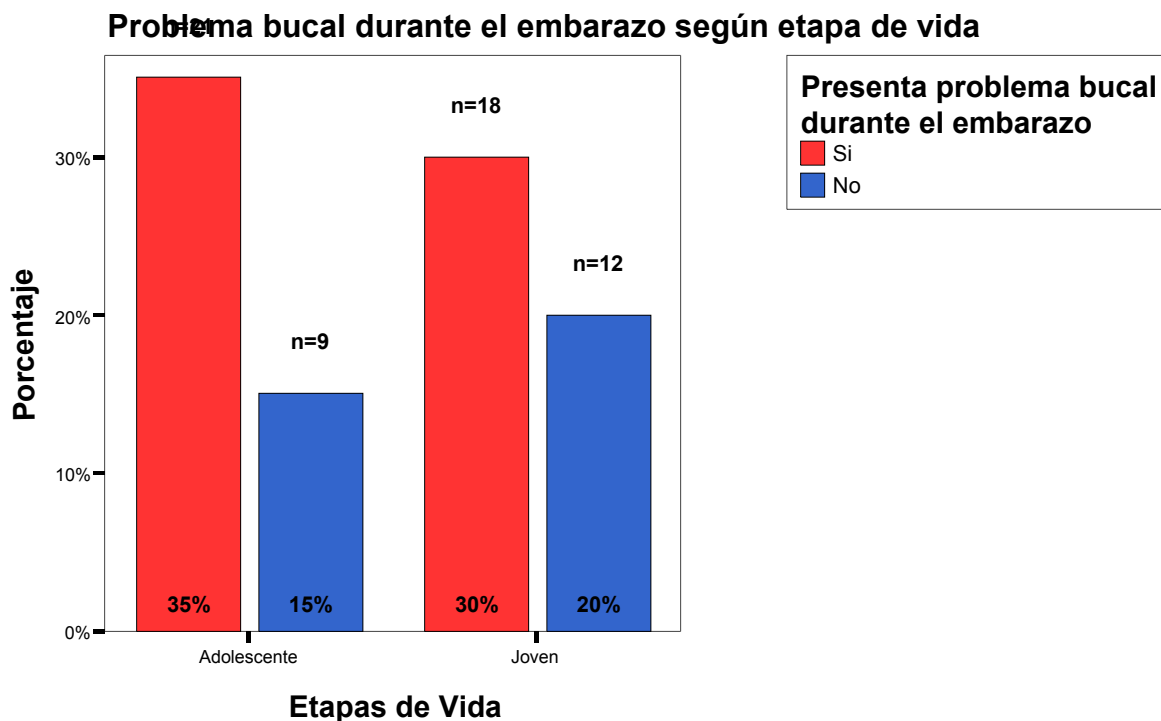
4.2.2.2.1.- Análisis Cuantitativo.- El 65% del total constituido por 21 adolescentes y 18 jóvenes manifestaron haber tenido problemas en su salud bucal durante el embarazo. Se observa una mayor identificación de problemas en su salud bucal en relación a antes del embarazo en ambas etapas de vida, siendo aun más en las adolescentes. (Ver Tabla y Gráfica 6).

TABLA 6: Historia de enfermedad bucal durante el embarazo según etapa de vida en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Presenta problema bucal durante el embarazo		Total
			Si	No	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	21	9	30
		% del total	35.0%	15.0%	50.0%
	Joven	Recuento	18	12	30
		% del total	30.0%	20.0%	50.0%
Total		Recuento	39	21	60
		% del total	65.0%	35.0%	100.0%



GRÁFICA 6: Problema bucal durante el embarazo según etapa de vida en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



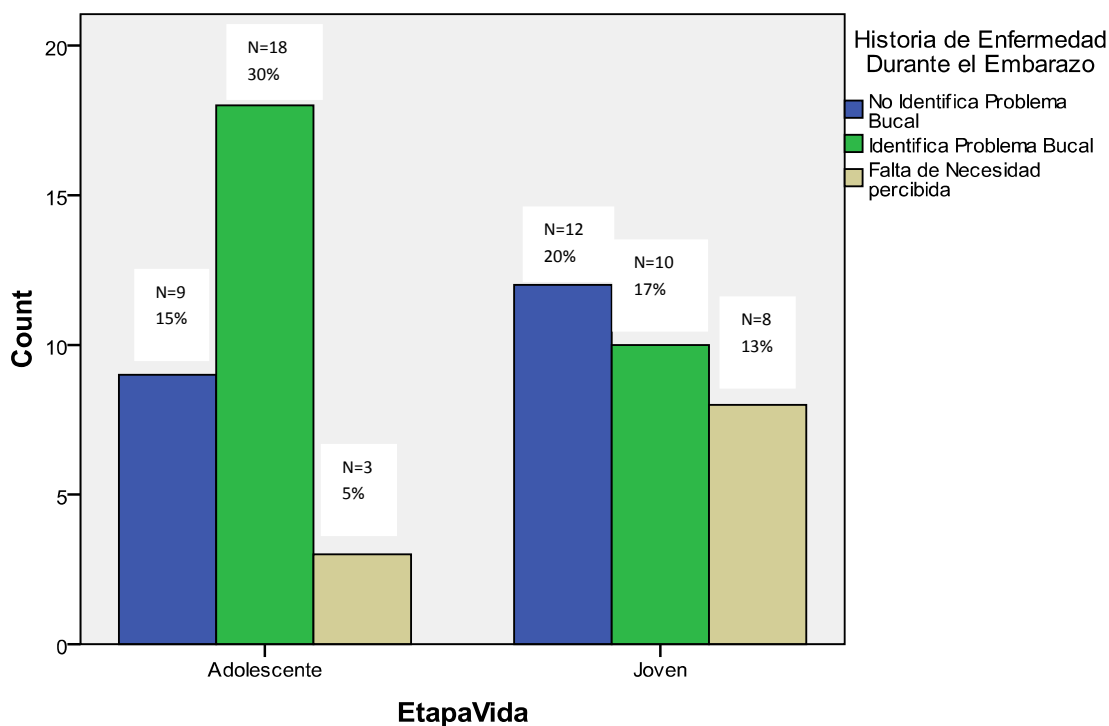
4.2.2.2.2.- Análisis Cualitativo.- A la pregunta, que problemas bucales han tenido durante el embarazo. Las representaciones sociales de su discurso de los que no identifican problema en su salud bucal se categorizaron en ausencia de enfermedad, la enfermedad gingival es considerada normal. (Ver Tabla y Gráfica 18).



TABLA N°18: Problema bucal durante el embarazo según etapa de vida en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			IDENTIFICACIÓN DE ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO			Total
			No Identifica Problema Bucal	Identifica Problema Bucal	Falta de Necesidad percibida	
Etapa De Vida	Adolescente	Recuento	9	18	3	30
		% del total	15,0%	30,0%	5,0%	50,0%
	Joven	Recuento	12	10	8	30
		% del total	20,0%	16,7%	13,3%	50,0%
Total			21	28	11	60
			35,0%	46,7%	18,3%	100,0%

GRÁFICA N°18: Problema bucal durante el embarazo según etapa de vida en primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.





9 adolescentes y 12 jóvenes no identifican problemas en su salud bucal, es porque generalmente la salud está relacionada a ausencia de enfermedad.

Una adolescente manifiesta que es normal tener sangrado gingival durante el embarazo y esta idea es reforzada por el médico (A.9).

✓ A.9: *"No tengo problemas durante el embarazo, cuando me cepillo me sangran las encías, el Dr. Me dijo que era normal por que estaba embarazada".*

✓ A.19: *"No tengo problemas durante el embarazo, lo del diente que se cae en pedacitos fue en el transcurso que estoy embarazada y no".*

18 adolescentes y 10 jóvenes identificaron enfermedades de salud bucal durante el embarazo, las representaciones sociales de sus discurso se categorizaron en embarazo considerado como causante de deterioro de la salud bucal, el tratamiento odontológico considerado como riesgo para el bebé, enfermedades de salud bucal propias del embarazo, falta de necesidad percibida.

Algunas gestantes consideran que el embarazo causa o predispone al deterioro de la salud bucal, debido a las odontalgias más exacerbadas, mayor sangrado gingival, el progreso más rápido de la caries dental.

✓ A.4: *"Estaban picados de hay se han ido picando más, porque me duele a veces fuerte."*

✓ J.18: *"Me sangran más las encías, la corona se a salido".*



- ✓ J.24: *“Se me han picado los dientes con el embarazo porque antes del embarazo yo me iba al dentista cada cierto tiempo a hacerme ver los dientes, curarme, limpieza, blanqueamiento”.*

Dos adolescentes y 4 jóvenes consideran que el tratamiento odontológico es un riesgo durante el embarazo, es considerado así por el uso de anestesia y medicamentos. El personal de salud en alguno de los casos refuerza esta creencia.

- ✓ A.12: *“Me tengo que sacar una muela, me dijo el Dr. (odontólogo de obstetricia) que primero tengo que dar a luz porque no puedo tomar medicina porque estoy embarazada”.*
- ✓ J.17: *“Donde me han curado se está picando nuevamente, me está molestando un poco, pero me han dicho que no puedo curarme hasta después del embarazo porque puede afectar al bebe, esto me dijo un Doctor en la posta cuando tenía 5 meses de embarazo”.*
- ✓ J.26: *“Me sangran mucho las encías, a veces de la nada, estoy hablando, hay un rose y ya empieza a sangrar. Me han dicho que están bien inflamadas las encías, sino que me da miedo tomar algo y que le vaye hacer mal (bebe). Tengo un diente que me duele, es como un frio, no es un dolor intenso, antes del embarazo me dolía fuerte. Antes del embarazo me e tratado el diente: curaciones, endodoncia, pero no concluí con todo el tratamiento”.* También especifica falta de necesidad percibida.

Otras gestantes consideran ciertas enfermedades de salud bucal como propias del embarazo, como la sensibilidad, movilidad dental, fractura, cambio de color



(amarillentos). Debido a que estos problemas de salud bucal han sido identificados durante el embarazo y no antes. (Ver Tabla y Gráfica 19)

- ✓ A.11: *“E sentido las encías débiles, sensibles, sangran, dolor de diente”.*
- ✓ A.29: *“Se empezó a mover un diente, otro se me rompió, se rajo un pedacito”.*
- ✓ J.5: *“Dolor en mis dientes anteriores y dientes amarillentos”.*

Tres adolescentes y 8 jóvenes no perciben la necesidad de tener salud bucal, de acudir al odontólogo para solucionar molestias crónicas.

- ✓ A.7: *“Dolor de diente, a veces me viene a veces no”.*
- ✓ A.13: *Antes del embarazo “Tenía el mismo diente roto, no tenía dolor” y durante el embarazo “Tengo el diente roto, ahora me duele más, no puedo comer nada porque todo se mete hay y cuando lo saco me duele, parece que me late por dentro. No puedo tomar pastillas por el embarazo, entonces me aguanto el dolor”.* También considera los medicamentos como riesgo para el embarazo.
- ✓ J.15: *“Tengo las mismas caries, las encías inflamadas y sangran”.*

4.2.3.- Creencia que la Gestación provoca Problemas Dentales

4.2.3.1.-La gestación considerada causante del deterioro de la salud bucal

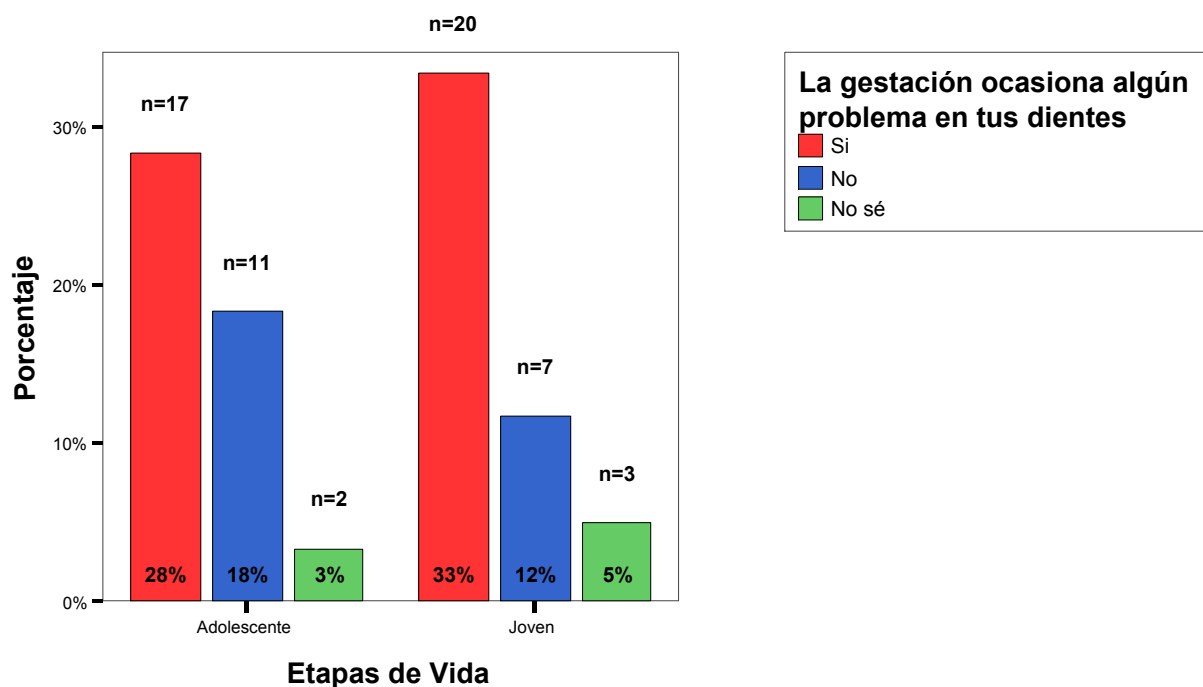
4.2.3.1.1.- Análisis Cuantitativo.-El 61.7% de la muestra creen que la gestación es causante del deterioro de la salud bucal y está constituida por 17 adolescentes y 20 jóvenes. (Ver Tabla y Gráfica 7)



TABLA 7: Identifica a la gestación como causante del deterioro de su salud bucal según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			La gestación ocasiona algún problema en tus dientes			Total
			Si	No	No sé	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	17	11	2	30
		% del total	28.3%	18.3%	3.3%	50.0%
	Joven	Recuento	20	7	3	30
		% del total	33.3%	11.7%	5.0%	50.0%
Total		Recuento	37	18	5	60
		% del total	61.7%	30.0%	8.3%	100.0%

GRÁFICA 7: Identifica a la gestación como causante del deterioro de su salud bucal según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.





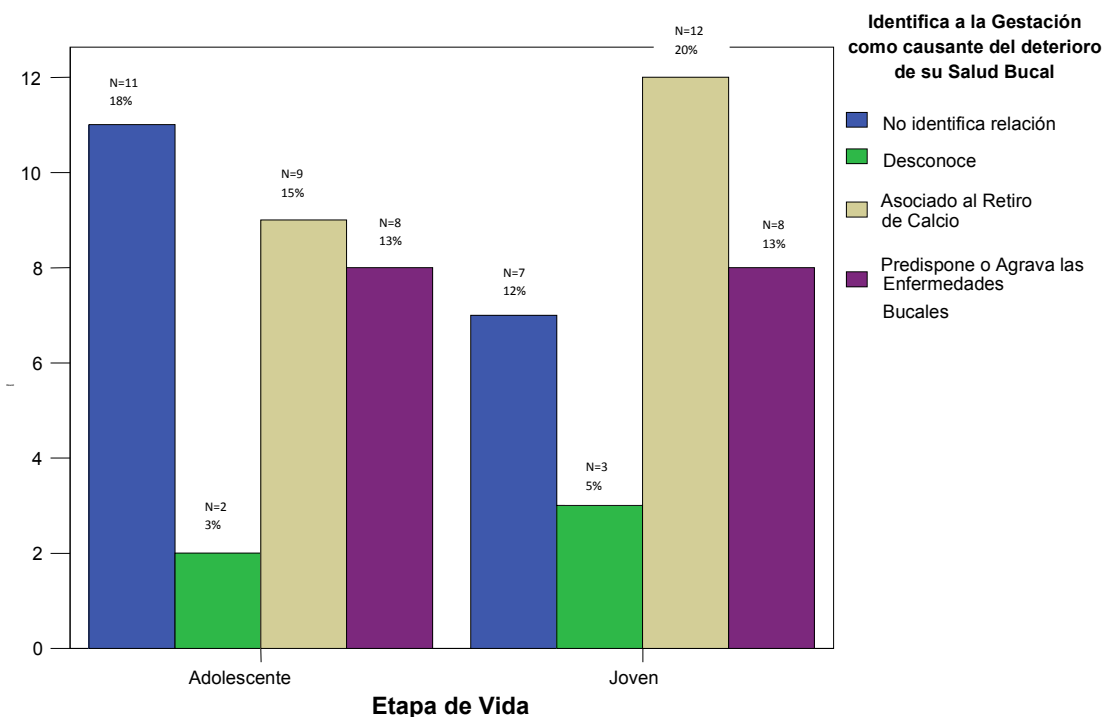
4.2.3.1.2.- Análisis Cualitativo.-Al preguntarle a las primigestas porqué creían que el embarazo deterioraba su salud bucal, 11 adolescentes y 7 jóvenes no identificaron relación. Las que si identificaron relación, sus discurso se categorizaron en que el bebé retira calcio de sus dientes, el embarazo predispone o agrava las enfermedades bucales. (Ver Tabla y Gráfica 19).

TABLA N°19: Identifica a la gestación como causante del deterioro de su salud bucal según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			LA GESTACIÓN OCACIONA PROBLEMAS EN SU SALUD BUCAL				Total
			No identifica relación	Desconoce	Asociado al Retiro de Calcio	Predispone o Enfermedades Bucales	
Etapa De Vida	Adolescente	Recuento	11	2	9	8	30
		% del total	18.3%	3.3%	15.0%	13.3%	50.0%
	Joven	Recuento	7	3	12	8	30
		% del total	11.7%	5.0%	20.0%	13.3%	50.0%
Total			18 30.0%	5 8.3%	21 35.0%	16 26.6%	60 100.0%



GRÁFICA N°19: Identifica a la gestación como causante del deterioro de su salud bucal según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



9 adolescentes y 12 jóvenes asociaron que este deterioro de su salud bucal es porque el bebé absorbe el calcio de sus dientes, y esta creencia se ve reforzada por el propio personal de salud y familiares. Y sienten que los centros de salud no muestran interés en su salud bucal.

✓ A.13: "Porque pierdo calcio, es que como no tomo leche el bebé me está jalando, entonces los dientes me duelen, no puedo ni agarrármelos parece que se va a caer el diente."



- ✓ J.5: *“Dientes manchados, dolor, sensibilidad. Me dijo la misma obstetrix de la posta, por el Calcio que me jala el bebé que vaya al odontólogo pero no pude, tuve problemas en el embarazo no pude ir”.*
- ✓ J.6: *Me han comentado que te descalcifica un poco, justamente en la gestación se tiene que ir a ver al dentista para evitar”. “En el hospital no promueve mucho la salud bucal, el mismo médico no te dice tienes que pasar por dental, ya fuiste a tu consulta?, no te dice nada. Caso contrario en la posta, cada vez que iba a mis chequeos me decían: ya entraste a dental, ya te hiciste tus curaciones. El Dr. (odontólogo del servicio de obstetricia) no estaba acá tuve que buscarlo en odontología, gracias a Dios me dio una pastillas que me calmaron el dolor”.*

8 adolescentes y 8 jóvenes manifestaron que el embarazo predispone o agrava las enfermedades bucales porque sienten que sus encías sangran más que antes o tienen odontalgia más exacerbada que antes, sensibilidad, movilidad dental, dando como consecuencia el miedo a perder los dientes.

- ✓ A.10: *“Me dijeron que cuando estas embarazada se te quitan las defensas y eso afecta a los dientes, a veces se te caen los dientes”.*
- ✓ A.21: *“Me a debilitado, porque a mi me han dicho que el sangrado de encías es porque estoy descalcificada y porque también el diente de acá para moviéndose porque me falta vitaminas”.* También habla de descalcificación.



- ✓ A.22: *“En la posta me dijeron que me podía agarrar un síntoma de los dientes, dolor de muela y que por eso me duele la muela. A mi no me dolía la muela y ahora que salí embarazada me empezó a doler la muela”.*
- ✓ J.15: *“De una u otra manera una está más sensible, más expuesta. También influye como me e ido cuidando los dientes...de repente si hubiera ido más al dentista no hubiera tenido tantas complicaciones, no hubieran estado tan sensibles mis dientes o mis encías ahora que estoy gestando. Esto viene de antes pero influye también en el embarazo”.*
- ✓ J.26: *“Me sangran las encías, a veces siento que como que se mueve los dientes, siento que se me vayan a salir, muerdo algo duro y se vaya a romper.”*

4.2.3.2.- Creencia de que el bebe retira calcio de los dientes

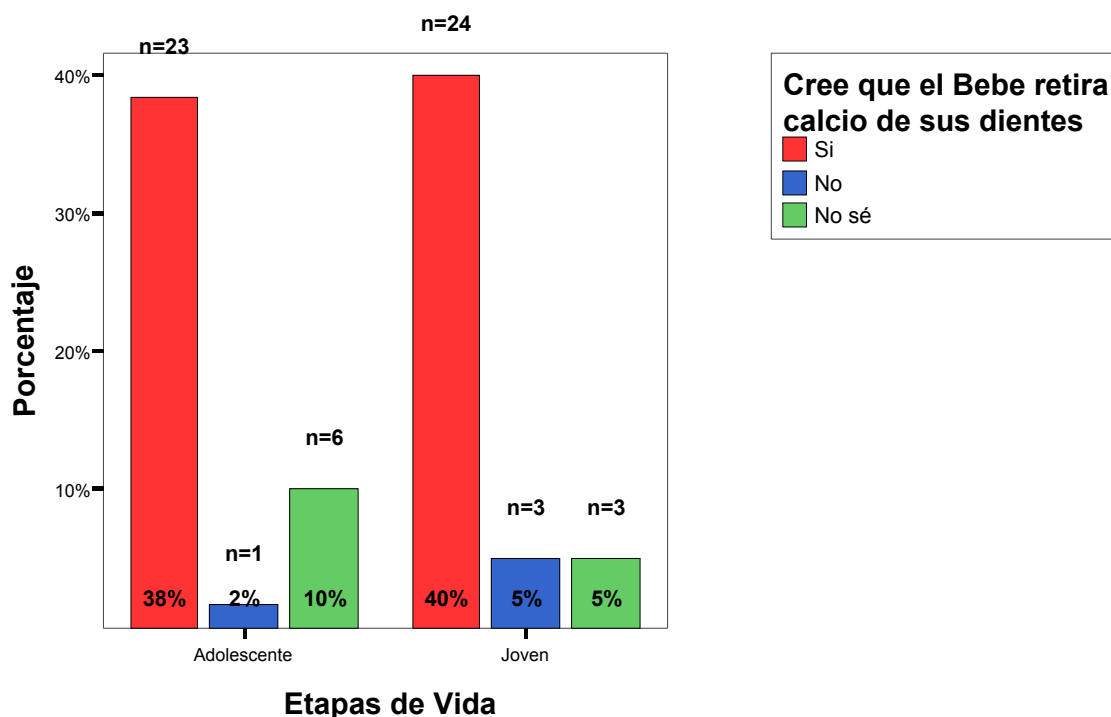
4.2.3.2.1.- Análisis Cuantitativo.- El 78.3% de las primigestas creen que el bebé retira calcio de sus diente, constituida por 23 adolescentes, 24 jóvenes. Se observa que esta creencia está bastante arraigada en nuestra muestra y en ambas etapas de vida. (Ver Tabla y Gráfica 8)

TABLA 8: Identifica que el bebe retira calcio de sus dientes según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Cree que el Bebe retira calcio de sus dientes			Total
			Si	No	No sé	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	23	1	6	30
		% del total	38.3%	1.7%	10.0%	50.0%
	Joven	Recuento	24	3	3	30
		% del total	40.0%	5.0%	5.0%	50.0%
Total		Recuento	47	4	9	60
		% del total	78.3%	6.7%	15.0%	100.0%



GRÁFICA 8: Identifica que el bebe retira calcio de sus dientes según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



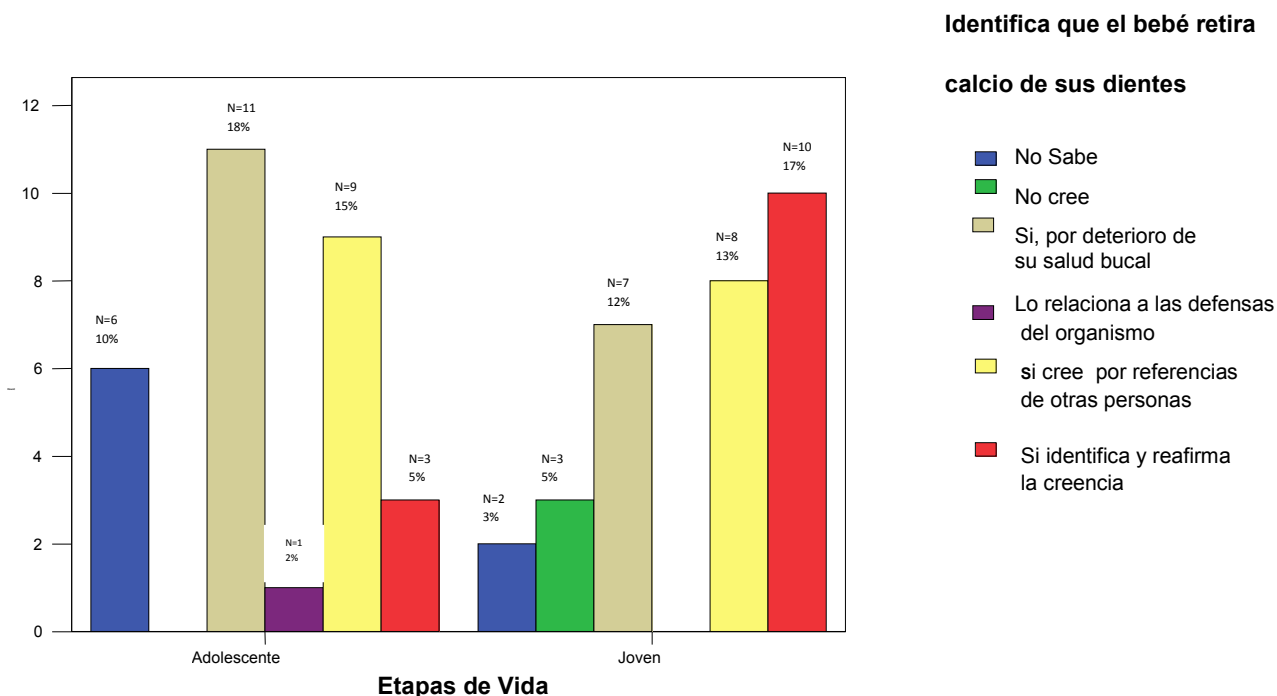
4.2.3.2.2.- Análisis Cualitativo.- Al preguntarle a las primigestas porque creen que el bebe retira calcio de sus dientes, las representaciones sociales de las que identificaron relación, sus discursos se categorizaron: por el deterioro de su salud bucal, relacionado a las defensas del organismo, conoce a través de los consejos de otras personas, identifica y reafirma la creencia. (Ver Tabla y Gráfica 20).



TABLA Nº20: Identifica que el bebe retira calcio de sus dientes según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			IDENTIFICA QUE EL BEBE RETIRA CALCIO DE SUS DIENTES						
			No Sabe	No cree	Si identifica, por deterioro de la salud bucal	Lo relaciona a las defensas del organismo	Si cree, por referencias de otras personas	Si identifica y reafirma la creencia	
Etapa de Vida	Adolescente	Recuento	6	0	11	1	9	3	30
		% del total	10,0%	,0%	18,3%	1,7%	15,0%	5,0%	50,0%
	Joven	Recuento	2	3	7	0	8	10	30
		% del total	3,3%	5,0%	11,7%	,0%	13,3%	16,7%	50,0%
Total			8	3	18	1	17	13	60
			13,3%	5,0%	30,0%	1,7%	28,3%	21,7%	100,0%

GRÁFICA Nº20: Identifica que el bebe retira calcio de sus dientes según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.





11 adolescentes y 7 jóvenes manifiestan que el bebe retira calcio de los dientes porque a causado deterioro de su salud bucal como odontalgia, fracturas, movilidad dental, considerado en algunos casos como normal y es reforzado en algunos casos por personal de salud:

- ✓ A.21: *“Me está debilitando el embarazo, se esta moviendo mi diente”*
- ✓ A.23: *“Porque se me mueven, nunca se me habían movido”*
- ✓ A.27: *“Yo siento porque antes no tenía ningún problema y ahora se tiemplan mis dientes o sea se ponen sensibles”*
- ✓ J.11: *“Cuando tenía 4 meses de gestación solito se rompió mi diente, lo mismo paso con la muela de atrás”.*
- ✓ J.27: *“Por el calcio que me está consumiendo, también de mis dientes porque a veces como algo y siento que me fastidia (dientes), sensibles. El odontólogo me dijo que eso era parte del embarazo.”*

Una adolescente refiere que para que el bebe retire calcio de sus dientes depende de las defensas de su organismo, es decir si no es suficiente el calcio de los nutrientes de la madre entonces retirará de los dientes.

- ✓ A.15: *“Depende del organismo, de las defensas de cada persona, me a dicho el doctor de la posta, cualquiera sabe eso desde el colegio”*

9 adolescentes y 8 jóvenes saben que el bebe retira calcio de sus dientes por referencia de otras personas, como: familiares, amistades, personal de los centros de salud, además una joven refiere que es importante ir al odontólogo durante el



embarazo, pero siente que en el hospital no promueven la atención odontológica durante el embarazo, además el odontólogo se encuentra ausente.

- ✓ A.11: *“Me dijeron en las charlas del colegio”.*
- ✓ A.13: *“En la posta me dijeron en las charlas”*
- ✓ A.14: *“Porque algunas personas embarazadas les duele la muela, les sale sangre cuando se lavan, me dicen también las personas mayores, las abuelitas, dicen que jala calcio y que se te cae el diente, te duele la muela”.*
- ✓ J.5: *“Se por comentario de mi familia, en la posta me han indicado que tenia que pasar por dental por que el bebe absorbe todos tus nutrientes, obviamente Ca de tus dientes.”*
- ✓ J.6: *“Me han comentado que te descalcifica un poco, justamente en la gestación se tiene que ir a ver al dentista para evitar”. “En el hospital no promueve mucho la salud bucal, el mismo médico no te dice tienes que pasar por dental, ya fuiste a tu consulta?, no te dice nada. Caso contrario en la posta, cada vez que iba a mis chequeos me decían: ya entraste a dental, ya te hiciste tus curaciones. El Dr. (odontólogo del servicios de obstetricia) no estaba acá tuve que buscarlo en odontología, gracias a Dios me dio una pastillas que me calmaron el dolor”.*
- ✓ J.20: *“Lo escuche a los Doctores Obstetras, Odontólogos”.*

3 adolescentes, 10 jóvenes identifican y reafirman que el bebé absorbe todo los nutrientes inclusive de los diente, infundada científicamente, tal creencia es importante en la medida que la gestante ve la descalcificación como algo inevitable y parte del embarazo. Esta creencia se observa más en las jóvenes.



- ✓ A.25: *“Porque yo le transmito todo, chupa mi calcio, hierro y también de mis dientes”*
- ✓ J.7: *“Se tiene que alimentar, muy aparte absorbe todo lo de la madre, por eso la madre tiene que llevar una alimentación adecuada”.*
- ✓ J.8: *“A través del cordón el bebe absorbe todos los nutrientes”.*
- ✓ J.13: *“Uno cuando está embarazada siente la perdida de calcio en los dientes porque a veces te duele. Siento sensibles mis dientes sobre todo cuando dejo de tomar leche. Otro porque en la universidad te dan charlas”.*

4.2.4.- Percepción de caries dental

4.2.4.1.- Identifica a la caries dental como una enfermedad

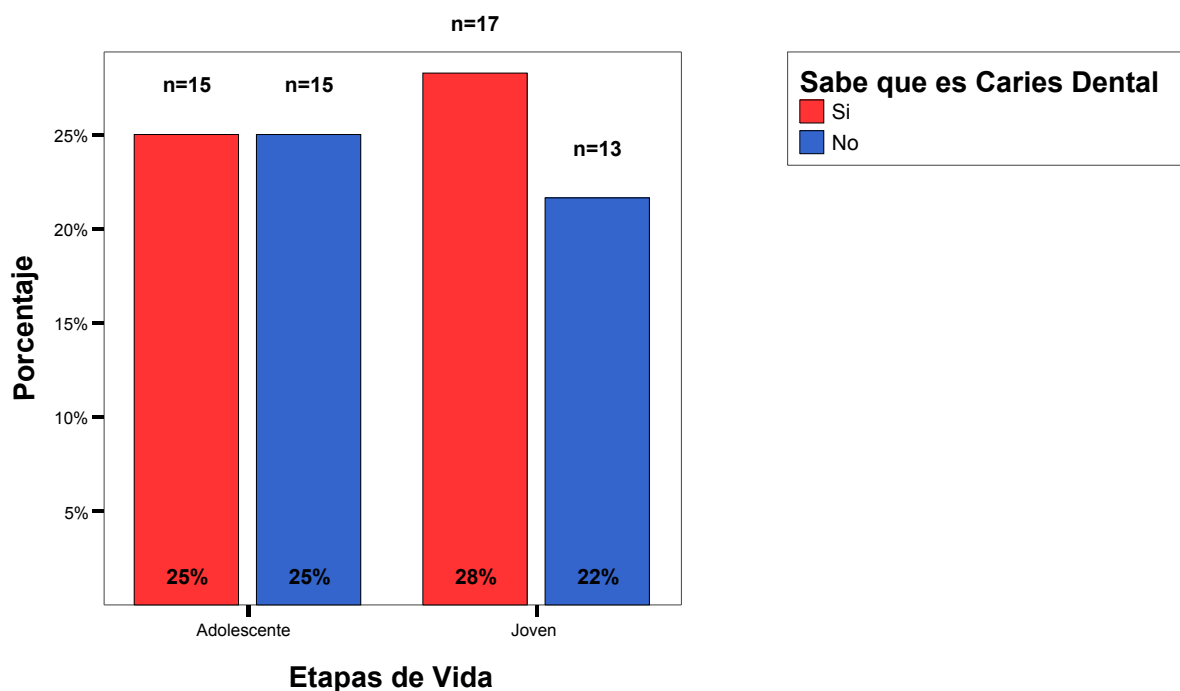
4.2.4.1.1.- Análisis Cuantitativo.- Al preguntarle a la primigestas si saben que es caries dental el 53.3% respondieron que si saben y está constituido por 15 adolescentes y 17 jóvenes. (Ver Tabla y Gráfica 9).

TABLA 9: Identifica a la caries dental como una enfermedad según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Sabe que es Caries Dental		Total
			Si	No	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	15	15	30
		% del total	25.0%	25.0%	50.0%
	Joven	Recuento	17	13	30
		% del total	28.3%	21.7%	50.0%
Total		Recuento	32	28	60
		% del total	53.3%	46.7%	100.0%



GRÁFICA 9: Identifica a la caries dental como una enfermedad según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



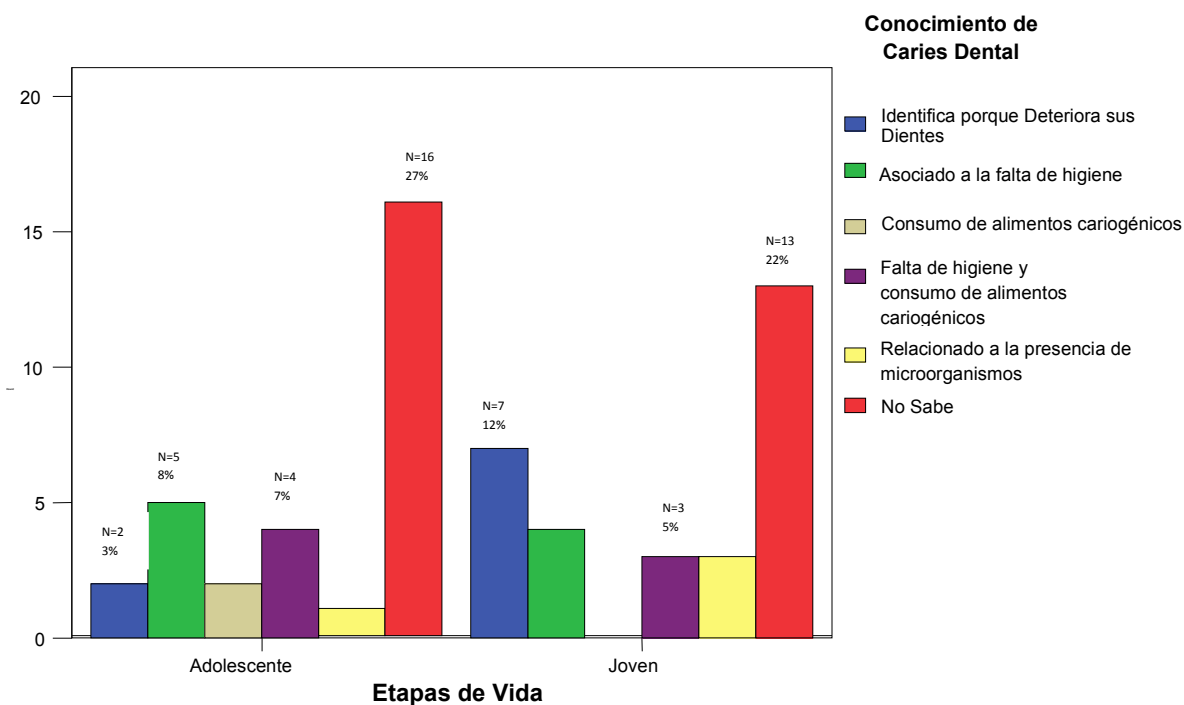
4.2.4.1.2 Análisis Cualitativo.- Al preguntarle a las primigestas que es caries dental 16 adolescentes y 13 jóvenes refirieron no saber. Las representaciones sociales de las que refieren saber, sus discursos se categorizaron en la asociación a la falta de higiene, al consumo de alimentos cariogénicos, a la falta de higiene y el consumo de alimentos cariogénicos, al deterioro dental y finalmente producido por microorganismos. Siendo la caries dental identificada mayormente por sus factores predisponentes y de forma unifactorial. (Ver Tabla y Gráfica 21).



TABLA Nº21: Conocimiento de caries dental según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010

			CONOCIMIENTO DE CARIES DENTAL						Total	
			Identifica porque deteriora sus Dientes	Asociado a la Falta de Higiene	Consumo de alimentos cariogénicos	Falta de higiene y consumo de alimentos cariogénicos	Relacionado a la presencia de microorganismos	No Sabe		
Etapa	Adolescente	Recuento	2	5	2	4	1	16	30	
		% del total	3.3%	8.3%	3.3%	6.7%	1.7%	26.7%	50.0%	
De	Joven	Recuento	7	4	0	3	3	13	30	
		% del total	11.7%	6.7%	.0%	5.0%	5.0%	21.7%	50.0%	
Total			9	9	2	7	4	29	60	
			15.0%	15.0%	3.3%	11.7%	6.7%	48.3%	100.0%	

GRÁFICA Nº21: Conocimiento de caries dental según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.





5 adolescentes y 4 jóvenes asocian la caries dental a la falta de higiene, siendo este un factor predisponente.

- ✓ A.10: *“Lo que se pone en los dientes cuando no te lavas”.*
- ✓ A.14: *“Cuando está sucio, ese negrito en el diente”.*
- ✓ J.5: *“Cuando no tienes buena limpieza en los dientes”.*
- ✓ J.21: *“Deterioro de los dientes por no lavarse muy seguido los dientes”.*

Dos adolescentes refieren que la caries dental es producida por el consumo de alimentos cariogénicos (golosinas), siendo este un factor predisponente.

- ✓ A.22: *“La picadura por comer mucho dulce”.*
- ✓ A.27: *“Es una mancha negra que te sale en los dientes producto de comer golosinas”.*

4 adolescentes y 3 jóvenes refieren que la caries dental se produce por falta de higiene y consumo de alimentos cariogénicos, siendo factores predisponentes.

- ✓ A.3: *“dolor chiquito que te da en el diente por no lavarse la boca o comer dulce”.*
- ✓ A.7: *“Es cuando tus dientes se pican, se ponen negritos por falta de aseo y comer mucho dulce”.*
- ✓ J.7: *“Cuando comes muchos dulces se te debilita. Bueno todos mis dientes son curados. Caries dental es prácticamente cuando se te están pudriendo los dientes y se pone negrito, tienes que estar limpiándote y hacerte tratamiento”.*



2 adolescentes y 7 jóvenes identificaron a la caries dental como causante del deterioro dental, siendo un factor determinante.

- ✓ A.5: *“cuando los dientes se ponen negro, cuando tienen picadura de diente o dolor”.*
- ✓ A.8: *“Daña los dientes, ocasiona que se caigan.”*
- ✓ J.22: “Cuando los dientes se deterioran, Se cubre de una capa blanca y eso va deteriorando el diente”.
- ✓ J.25: “Cuando una dentadura está en mal estado, descuidado”.

Una adolescente y 3 jóvenes refieren que la caries dental es ocasionada por microorganismos, siendo un enfoque biológico y poco identificada.

- ✓ A.13: *“Cuando se come los dientes la caries, es un virus que se come el diente”.*
- ✓ J.6: *“Bacterias que entra a los dientes, empieza a corroer, en mi malogra y genera dolor”.*

4.2.4.2.- Identifica a la caries dental como una enfermedad infectocontagiosa.

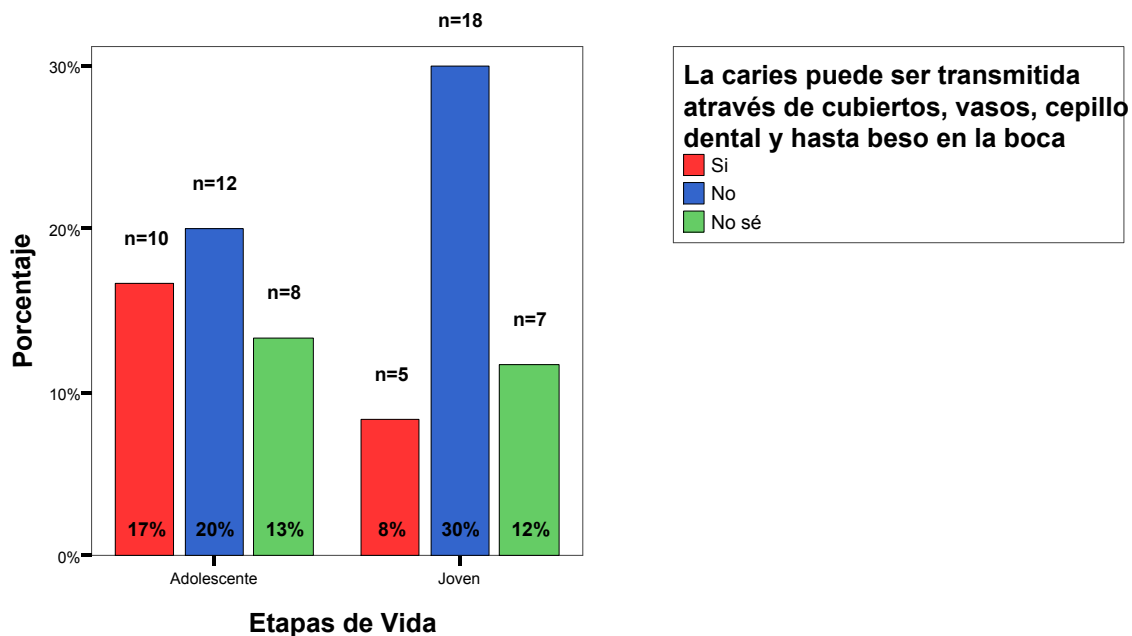
4.2.4.2.1.- Análisis Cuantitativo.- Al preguntarle a las primigestas si sabían que la caries dental era transmisible o infectocontagiosa el 50% respondió que no era transmisible constituido por 12 adolescentes y 18 jóvenes mientras que el 25% respondieron afirmativamente y 25% no saben. Se observa que hay una marcada desinformación en ambas etapas de vida. Siendo importante el conocimiento de la transmisibilidad para que la gestante tenga más cuidado con su salud bucal y evitar la transmisión bacteriana de la madre/ hijo. (Ver tabla y gráfica 10).



TABLA 10: Identifica a la caries dental como una enfermedad infectocontagiosa según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			La caries puede ser transmitida a través de cubiertos, vasos, cepillo dental y hasta beso en la boca			Total
			Si	No	No sé	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	10	12	8	30
		% del total	16.7%	20.0%	13.3%	50.0%
	Joven	Recuento	5	18	7	30
		% del total	8.3%	30.0%	11.7%	50.0%
Total		Recuento	15	30	15	60
		% del total	25.0%	50.0%	25.0%	100.0%

GRÁFICA 10: Identifica a la caries dental como una enfermedad infectocontagiosa según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.





4.2.5.- Percepción sobre salud bucal del bebé

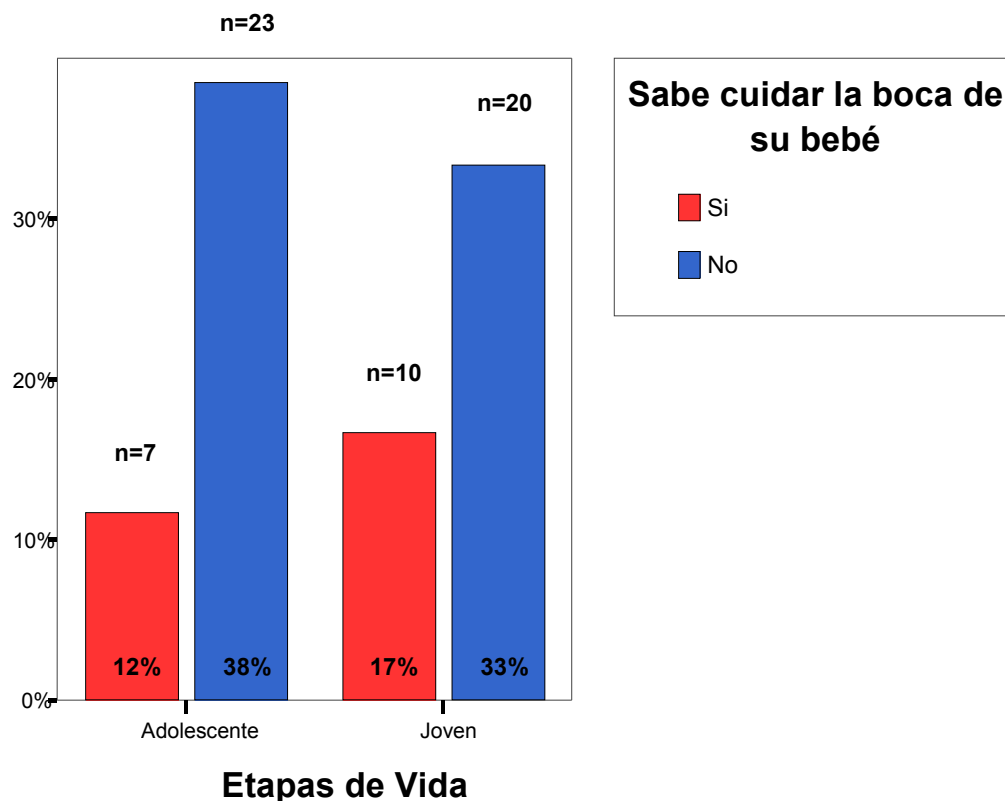
4.2.5.1.- Análisis Cuantitativo.- Al preguntarle a las primigestas si conocen como se realiza la limpieza bucal a un bebé el 28% manifestaban si saber, generalmente referían que se limpia con una gasa o paño, hisopó húmedo las encías y lengüita del bebé; el 71.7% respondieron que no sabían, se observa que predomina la desinformación en ambas etapas de vida, siendo mayor en la adolescente. (Ver Tabla y Gráfica 11).

TABLA 11: Conocimiento de la higiene bucal de su bebé según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Sabe cuidar la boca de su bebe		Total
			Si	No	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	7	23	30
		% del total	11.7%	38.3%	50.0%
	Joven	Recuento	10	20	30
		% del total	16.7%	33.3%	50.0%
Total		Recuento	17	43	60
		% del total	28.3%	71.7%	100.0%



GRÁFICA 11: Conocimiento del cuidado de la salud bucal de su bebé según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión el año 2010.



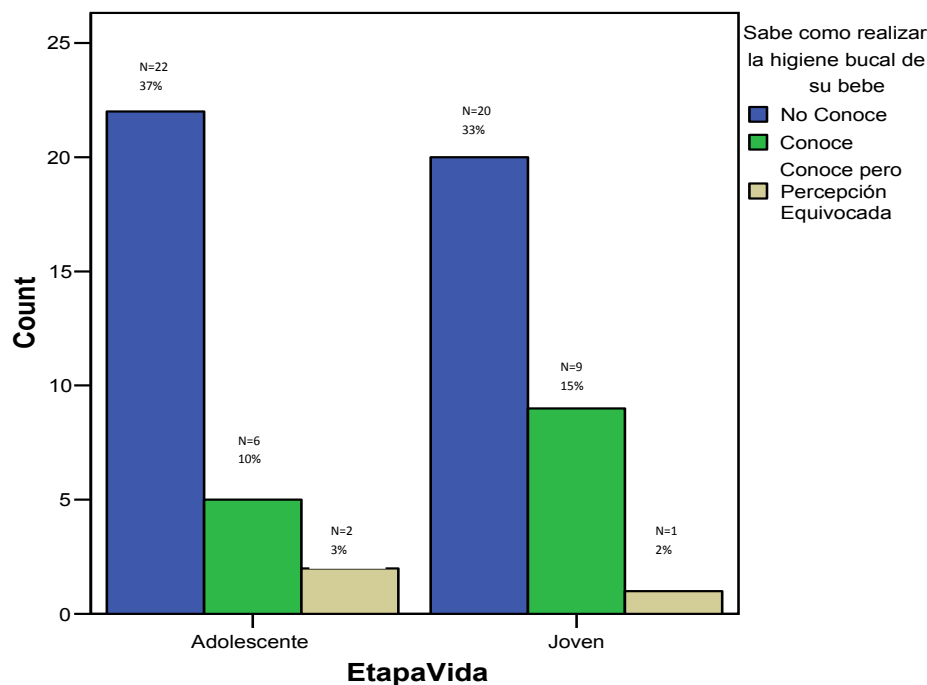
4.2.5.2.- Análisis Cualitativo.- Se preguntó a las primigestas que decían saber, que nos explicaran como iban a realizar la limpieza bucal a su bebé, las representaciones sociales de sus discursos se categorizaron en: conoce como realizar la limpieza bucal de su bebé, manifiesta saber pero tiene una percepción equivocada. (Ver Tabla y Gráfica 22).



TABLA N°22: Conocimiento de la higiene bucal de su bebe según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			SABE COMO REALIZAR LA LIMPIEZA BUCAL DE SU BEBE			Total
			No Conoce	Conoce	Conoce pero Percepción Equivocada	
EtapaVida	Adolescente	Recuento	22	6	2	30
		% del total	36.7%	10.0%	3.3%	50.0%
	Joven	Recuento	20	9	1	30
		% del total	33.3%	15.0%	1.7%	50.0%
Total			42	15	3	60
			70.0%	25.0%	5.0%	100.0%

GRÁFICA N°22: Conocimiento de la higiene bucal de su bebe según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



6 adolescentes y 9 jóvenes manifestaron saber como realizar la limpieza bucal de su bebe y explicaron la forma adecuada. Las gestantes están receptivas a la información que les brindan sus familiares, amistades, personal de salud, incluso



medios de comunicación (TV, revistas). Lo que no tienen muy claro es el inicio de la higiene bucal del bebé y si es adecuado el uso de algunos aditamentos como el bicarbonato. Además lo que llama la atención la poca participación del odontólogo.

- ✓ A.14: *“Limpiándole con gasa y con agua. La información la obtuve de mi mamá, abuela, mi familia”.*
- ✓ A.25: *“Con un pañito húmedo limpiarle las encías y ya cuando esté creciendo con cepillos especiales, me dijo mi mamá y empecé a investigar”.*
- ✓ J.6: *“He leído muchos artículos de la salud bucal, se que a los bebés se les puede ya cepillar a partir de los 3 meses, hay un cepillo tipo dedal para poder limpiarle las encías o de repente con una gasa comenzar a limpiar ya desde pequeñitos. No necesariamente tiene que salirle los dientes para empezar a limpiarles.”*
- ✓ J.13: *“Apenas le salga el primer diente cepillarle, obviamente con un cepillo especial, 3 veces al día. Antes de que tenga dientes con un cepillo especial para limpiarle sus encías y su lengua. La información la obtuve con el pediatra que va ser de mi hijo y me mostro los cepillos que va ir usando el bebé”.*
- ✓ J.23: *“Con una gasa se le pasa por la lengüita, las encías. La información la recibí en las charlas de Psicoprofilaxia”.*
- ✓ J.29: *“Con una gasita tengo que limpiarle la lenguita y bueno toda la parte de la boquita que se pone con sarrito constantemente, tengo que limpiarle con bicarbonato y la gasita, esto lo aprendí de mi mamá”.*



2 adolescentes y una joven manifestaron saber como se realiza la limpieza bucal a un bebé pero no fue de la forma adecuada:

- ✓ A.3: *“Si usa biberón limpiar su boquita con un paño limpio, pero si le das de lactar no, pero siempre limpiar su lengua”.*
- ✓ A.19: *“Se limpia con la leche materna*
- ✓ J.27: *“Pasándole el algodón o sino también hay un polvito que venden en la farmacia”.*

4.3.-REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y LA GESTACIÓN:

4.3.1.-Importancia del Tratamiento Odontológico durante la Gestación

4.3.1.1.-Importancia del tratamiento Odontológico

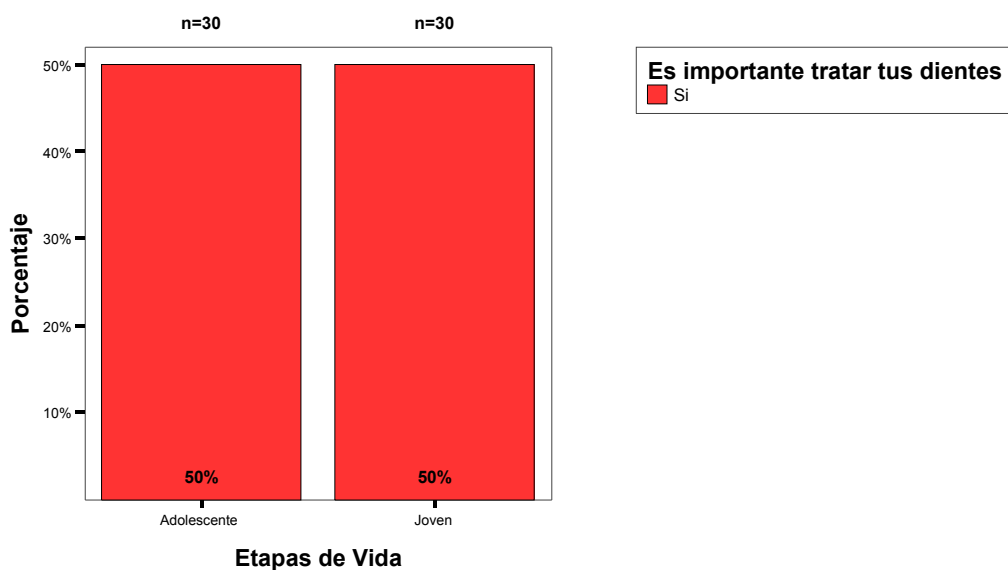
4.3.1.1.1.- Análisis Cuantitativo.- El 100% de las primigestas consideró que era muy importante el tratamiento odontológico. (Ver Tabla y Gráfica 12)

TABLA 12: Identifica la importancia de tratar sus dientes según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Es importante tratar tus dientes	Total
			Si	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	30	30
		% del total	50.0%	50.0%
	Joven	Recuento	30	30
		% del total	50.0%	50.0%
Total		Recuento	60	60
		% del total	100.0%	100.0%



GRÁFICA 12: Identifica la importancia de tratar sus dientes según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



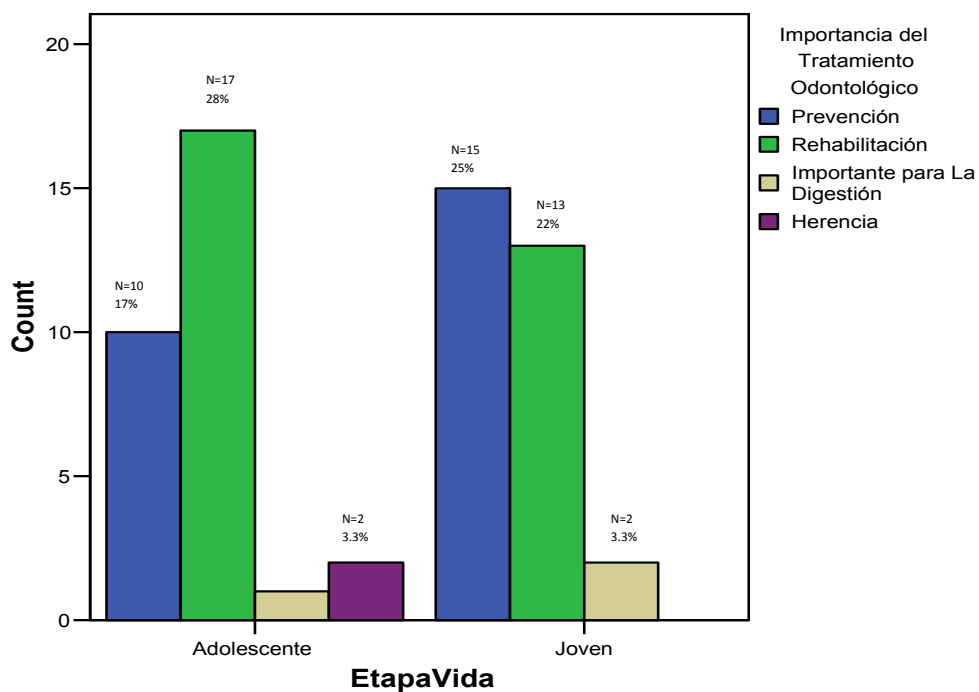
4.3.1.1.2.- Análisis Cualitativo.- Al preguntarles, porque consideraban importante el tratamiento odontológico, las representaciones sociales de sus discursos se categorizaron en tener accesibilidad al servicio odontológico para acción rehabilitadora, fines preventivos, importancia para la masticación y digestión, para evitar transmisibilidad de enfermedad bucal de la madre a su bebé. (Ver Tabla y Gráfica 23)



TABLA N°23: Identifica la importancia de tratar sus dientes según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO				Total
			Prevención	Rehabilitación	Importante para La Digestión y Masticación	Herencia	
EtapaVida	Adolescente	Recuento	10	17	1	2	30
		% del total	16.7%	28.3%	1.7%	3.3%	50.0%
	Joven	Recuento	15	13	2	0	30
		% del total	25.0%	21.7%	3.3%	.0%	50.0%
Total			25	30	3	2	60
			41.7%	50.0%	5.0%	3.3%	100.0%

GRÁFICA N°23: Identifica la importancia de tratar sus dientes según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.





17 adolescentes y 13 jóvenes enfocan la importancia de la accesibilidad al servicio odontológico por la acción rehabilitadora para evitar odontalgias, perder dientes, tener halitosis.

- ✓ A.1: *“Sino me quedo sin dientes”.*
- ✓ A.10: *“Porque tienes que tener los dientes para que no sufras cuando estas de edad, para no perder los dientes”.*
- ✓ A.15: *“Dentro de la boca hay varias enfermedades, para evitar picaduras”.*
- ✓ J.10: *“Para sentirme bien, si no voy después se van picando y no voy a tener dientes, se van a salir”.*
- ✓ J.13: *“Sino se te caen y no tienes con que comer, aparte por la presencia”.*
- ✓ J.23: *“Porque no me quiero quedar chimuela, después como me rio”.*
- ✓ J.28: *“Para que no se caiguen y no huela feo”.*

10 adolescentes y 15 jóvenes manifestaron que es importante el tratamiento odontológico por su fin preventivo, mantener la salud bucal:

- ✓ A.9: *“Para que se mantengan sanos y fuertes”.*
- ✓ A.20: *“Siempre es bueno mantener, que te estén viendo aunque sea una vez al año para ver si hay picadura”.*
- ✓ A.27: *“Es importante tener una limpieza bucal y saber cuidar, no descuidarse”.*
- ✓ J.15: *“En la boca normalmente hay bastante bacterias. Otros dicen que la sonrisa es el reflejo de tu cara. Yo creo por salud y estética”.*
- ✓ J.20: *“Los dientes deben estar bien cuidados, además nos ayuda en la masticación”.*



- ✓ J.24: "Para mantener una higiene en tus dientes sino después se te pican, se te caen, aparte es poco estético".

Una adolescente y 2 jóvenes refieren que es importante el tratamiento odontológico para la masticación y digestión, es decir una buena salud bucal va permitir una adecuada masticación y por ende una buena digestión, tienen una visión más integral de la salud bucal:

- ✓ A.14: *"Porque por hay transmitimos todos los alimentos (por la digestión)".*
- ✓ J.6: *"Es parte esencial del cuerpo humano, porque a través de hay empieza todo: la alimentación, la apariencia física".*
- ✓ J.14: *"Para tener una buena digestión: por las bacterias y si no tienes dientes no masticas bien los alimentos".*

Dos adolescentes refieren que es importante el tratamiento odontológico porque si tienen un mal estado de salud bucal esto puede transmitir al bebé, es importante esta percepción porque la gestante tiene una idea de la transmisibilidad bacteriana, lo que falta es brindarle calidad de información que permita a la gestante integrar conocimientos:

- ✓ A.19: *"Así tal vez ese dolor que sienta no le vaya a pasar a la bebe".*
- ✓ A.25: *"Yo pienso que le podría pasar a mi bebe, sus encías podrían ser muy débiles, podría tener los mismos problemas que e tenido yo".*



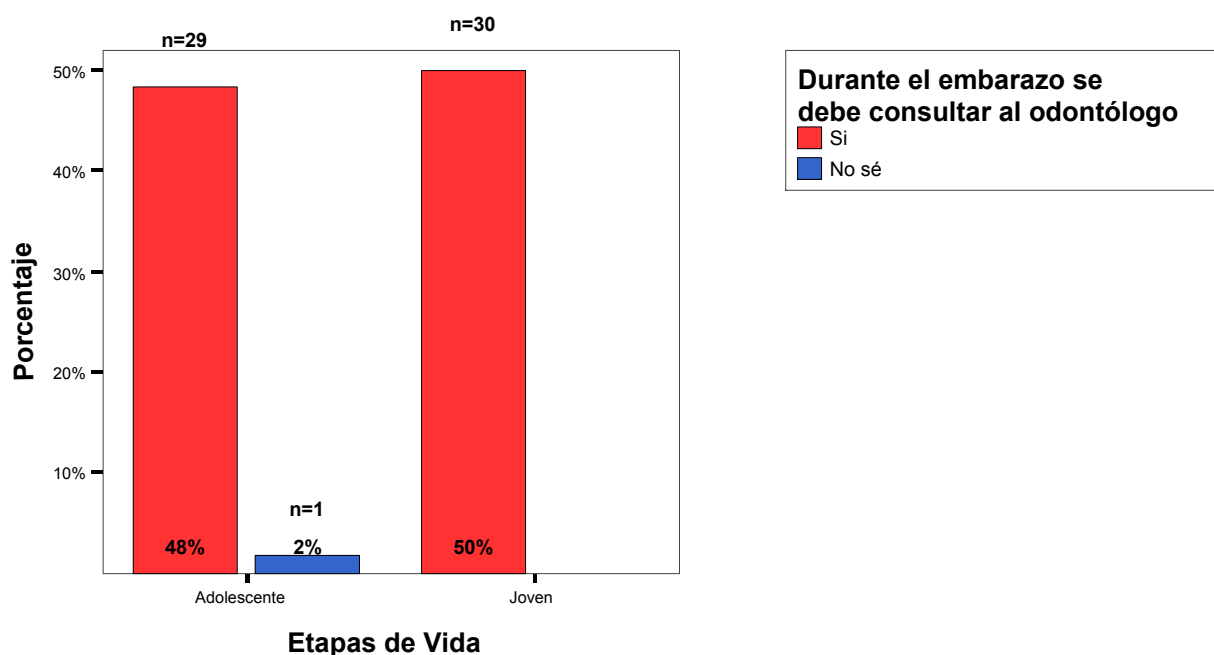
4.3.1.2.-Importancia de la Consulta al odontólogo durante el embarazo

4.3.1.2.1.- Análisis Cuantitativo.- El 98% de las primigestas consideraron importante visitar al odontólogo durante el embarazo y el 2% no sabían (Ver Tabla y Gráfica 13).

TABLA 13: Identifica si durante embarazo se debe consultar al odontólogo según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Durante el embarazo se debe consultar al odontólogo		Total
			Si	No sé	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	29	1	30
		% del total	48.3%	1.7%	50.0%
	Joven	Recuento	30		30
		% del total	50.0%		50.0%
Total		Recuento	59	1	60
		% del total	98.3%	1.7%	100.0%

GRÁFICA 13: Identifica si durante embarazo se debe consultar al odontólogo según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.





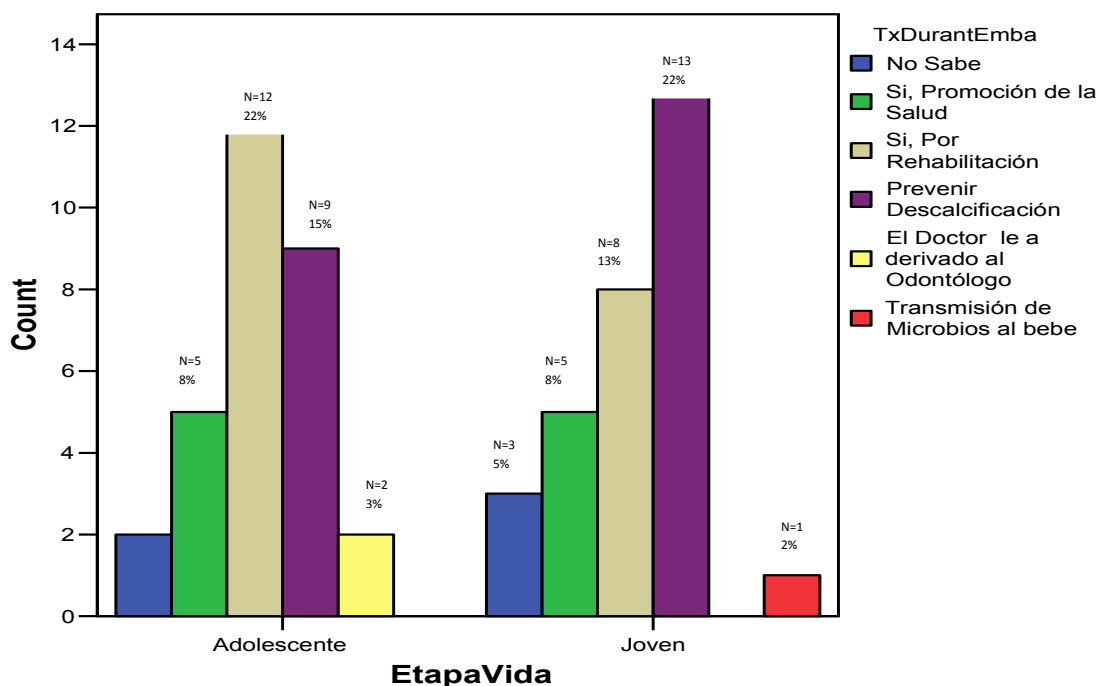
4.3.1.2.2.- Análisis Cualitativo.- Luego se les preguntó porque consideraban importante ir al odontólogo durante el embarazo, las representaciones sociales de los discursos se categorizaron en que algunas referían que era importante pero no sabían el porqué, otras refirieron para prevenir descalcificación, para recibir tratamiento de rehabilitación pero tienen dudas y creencias, para recibir orientación, porque el Doctor le derivó al odontólogo, para evitar la transmisión de microorganismos al bebé. (Ver Tabla y Gráfica 24).

TABLA N°24: Identifica si durante embarazo se debe consultar al odontólogo según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO						Total
			No Sabe	Si, Promoción de la Salud	Si, Porque necesita Tx. Rehabilitador	Prevenir Descalcifi- cación	El Doctor le a derivado al Odontólogo	Transmisión de Microbios al bebe	
Etapa	Adolescente	Recuento	2	5	12	9	2	0	30
De		% del total	3.3%	8.3%	21.7%	15.0%	3.3%	.0%	50.0%
Vida	Joven	Recuento	3	5	8	13	0	1	30
		% del total	5.0%	8.3%	13.3%	21.7%	0%	1.7%	50.0%
Total			5	10	20	22	2	1	60
			8.3%	16.7%	35.0%	36.7%	3.3%	1.7%	100.0 %



GRÁFICA N°24: Identifica si durante embarazo se debe consultar al odontólogo según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



2 adolescentes y 3 jóvenes refieren que si se deben ir al odontólogo durante la gestación pero no saben porqué. Falta un papel más activo del odontólogo, del médico para poder brindar mejor orientación y motivar el interés de la gestante:

✓ A.2: “Me han dicho que si pero no sé porque”.

✓ J.16: “No me acuerdo, pero si tenía que hacerme ver durante el embarazo”.

9 adolescentes y 13 jóvenes refieren que deben ir al odontólogo durante el embarazo porque es un momento crucial donde el bebé absorbe calcio de sus dientes y por lo tanto sus dientes están debilitados y con riesgo a caries dental o perdida dental y estas infecciones puedan causar daño al bebé.



- ✓ A.6: *“Me han dicho que me trate para que no me chupe el calcio, porque es bueno también, siempre e ido nunca me han dicho q está mal mi diente, ahora recién”.*
- ✓ A.14: *“Para proteger los dientes, para que no se caiguen, preguntar si jala calcio el bebé, para no tener problemas”.*
- ✓ J.7: *“Siempre es bueno, aparte que te descalcificas, también por el tipo de comida, como te alimentas ocasionas caries”.*
- ✓ J.9: *“Porque dicen que cuando estas embarazada el bebito absorbe mucho calcio y se te pueden caer los dientes”.*
- ✓ J.13: *“Porque pierdes calcio, puedes también tener perdida de diente. Más que todo para detectar si tienes alguna enfermedad bucal y evitar que puedas contagiar al bebé”.*
- ✓ J.15: *“Influye en el bebé a ti misma se puede caer los dientes, se te pican los dientes por la misma descalcificación. Las infecciones que puedas tener puedas tener pueden hacerle algo al bebé”.*

12 adolescentes y 8 jóvenes refieren que si se debe ir al odontólogo durante el embarazo para recibir tratamiento y luego salen a relucir las dudas y creencias como el miedo de perder los dientes, que el embarazo deteriore su salud bucal, el riesgo del tratamiento odontológico por el uso de anestesia y medicamentos, etc. Una de las adolescentes refiere falta de seguridad ante las indicaciones del odontólogo por falta de confianza a sus conocimientos prefiere que el Obstetra primero de el permiso.



- ✓ A.3: *“Para que vea que es lo que necesito pero con permiso del médico (obstetra)”. Si le hace daño al bebé, o sea no me pueden hacer nada sin antes consultar al doctor, porque si yo me hago algo, curación, o algo le va pasar al bebe, la anestesia, todo eso le hace mal al bebe, Por eso tengo q consultar al doctor, así te estuvieras muriendo por el dolor de muela.*
- ✓ A.5: *“La mayoría dice que se pone amarillo los dientes o te duele. Uno tiene que consultar al odontólogo antes de tener más meses porque a más meses no podría ponerme la anestesia, lo que me tengan que hacer tendría que soportar, me comento el odontólogo del servicio”.*
- ✓ A.11: *“Para que así cuando estas dando a luz, sino te has hecho tratamiento, como los dientes están débiles, se te empiezan a caer en el parto”.*
- ✓ A.18: *“Cuando das de lactar a un bebé se te cae los dientes y durante el embarazo curarse los dientes para que tenga vitaminas los dientes y tener buen aliento”.*
- ✓ A.26: *“El dolor que tu sientes del dolor de muela también pude sentir tu bebé o le pude estar haciendo algún daño”.*
- ✓ J.1: *“Para que no se caiguen los dientes cuando estamos gestando”.*
- ✓ J.17: *“Preguntar si a uno le pueden curar todavía”.*

5 adolescentes y 5 jóvenes manifiestan que si deben ir al odontólogo durante el embarazo para recibir orientación, la gestante es consciente de la importancia de su salud bucal y está ávida a informarse:

- ✓ A.13: *“Para que nos oriente”.*



- ✓ A.25: *“La salud bucal es importante, tiene que ser constante”.*
- ✓ J.5: *“Es bueno, para que los dientes estén bien, la salud del bebe también esté bien”.*
- ✓ J.20: *“Para que nos de una buena información, nos oriente más”.*

A dos adolescentes el Médico Obstetra la ha derivado al odontólogo, esta actitud se debe de incentivar, un trabajo interdisciplinario para que la gestante pueda mantener una buena salud en general.

- ✓ A.1: *“Por el embarazo, el doctor le a recomendado ir al odontólogo pero no ha ido, después de que de a luz va a ir, le a dicho su mamá”.*
- ✓ A.9: *“Cuando me e estado atendiendo (obstetricia) me han dicho que vaye al doctor para que me revise mis dientes”.*

Una joven manifestó que es importante ir al odontólogo durante el embarazo para evitar la transmisión de microorganismos y esto pueda repercutir en la salud del bebé. La gestante a pesar que desconoce como su salud bucal puede interferir en la gestación o en la formación del bebé, percibe la transmisibilidad aproximando su justificación a una realidad potencial: la enfermedad periodontal favorece al nacimiento pre término y bajo en peso. (Ver Tabla y Gráfica 11):

- ✓ J.44: *“Si no nos hacemos una buena limpieza cuando estamos embarazadas pasamos las bacterias, microbios a nuestro hijo (bebe)”.*



4.3.2.-Motivo por el que generalmente acostumbran ir al Odontólogo

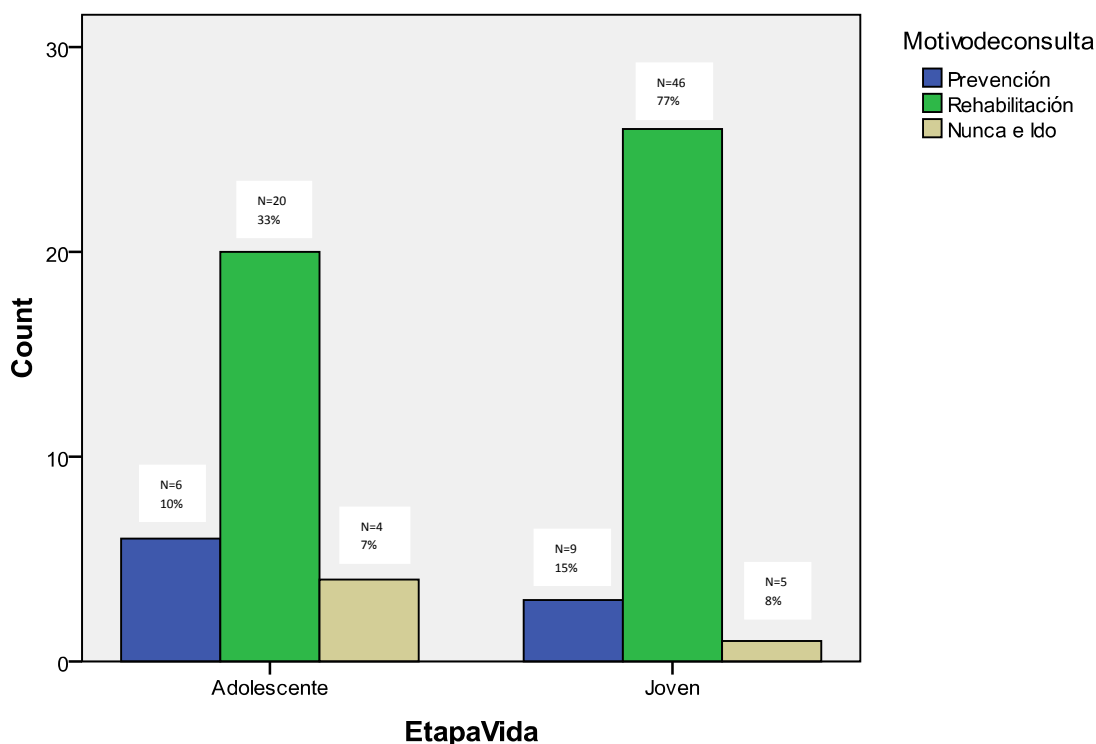
4.3.2.1.- Análisis Cualitativo.-Se preguntó a las primigestas el motivo por el que generalmente acostumbran ir al odontólogo, las representaciones sociales de sus discursos se categorizaron en: la importancia de tener una conducta preventiva, consulta odontológica obligada por la odontalgia, nunca han ido al odontólogo. (Ver Tabla y Gráfica 25)

TABLA N°25: Identifica motivo por el que generalmente acostumbra ir al odontólogo según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			MOTIVO DE CONSULTA			Total
			Prevención	Rehabilitación	Nunca e ldo	
Etapa de Vida	Adolescente	Recuento	6	20	4	30
		% del total	10,0%	33,3%	6,7%	50,0%
	Joven	Recuento	3	26	1	30
		% del total	5,0%	43,3%	1,7%	50,0%
Total		Recuento	9	46	5	60
		% del total	15,0%	76,7%	8,3%	100,0%



GRÁFICA N°25: Identifica motivo por el que generalmente acostumbra ir al odontólogo según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



6 adolescentes y 3 jóvenes practican una conducta preventiva porque van a la consulta odontológica para mantener una buena salud bucal:

- ✓ A.15: “Antes del embarazo e ido, e estado en constante tratamiento por lo que me gusta estar pendiente de mis dientes por eso iba a la posta para mantener mis dientes completos, no me gustaría que me falte ninguno. También durante el embarazo e tenido control.”.
- ✓ A.24: “Para que me revise, en el 1er. mes de embarazo fui para que me revise, me explico como cepillarme”.



- ✓ A.29: *“E ido solamente para que me fluoricen porque nunca me han detectado muelas picadas.*
- ✓ J.7: *“Porque me gusta mantener mis dientes. Aunque sea una vez al año voy al dentistas”.*
- ✓ J.25: *“Antes del embarazo fui por revisión y durante el embarazo dentro de toda la planificación de todo este control me enviaron al odontólogo y fui”.*

20 adolescentes y 26 jóvenes generalmente consultan al odontólogo para realizarse tratamiento de rehabilitación y mayormente la motivación es la odontalgia, donde generalmente el tratamiento habitual es la exodoncia y los tratamiento conservadores y preventivos son mínimos. Las barreras socio económico cultural actúan como limitantes en el acceso a la salud.

- ✓ A.3: *“Casi nunca voy, cuando no estaba gestando fui al Dr. Cuando el dolor estaba más fuerte, no me pasaba el dolor con pastillas, ya tenía dolor desde antes pero no iba porque no le daba importancia. Me tenían que hacer una endodoncia pero ya me saque el diente pero de hay no e vuelto a ir.”*
- ✓ A.26: *Refiere “Dolor de muela. Solo e ido 2 veces, una vez fue hace 3 meses cuando me vino el dolor fuerte me recetaron una pasta dental y te calma el dolor y hay me dijeron que debía extraerme el diente pero mi mamá dijo que no, que solo me dieran algo para calmar el dolor”.*
- ✓ A.28: *“Antes del embarazo iba para que me revisarán, si estaba todo bien. Después del embarazo (3 meses de emb.) fui porque tenía un*



dolor, mi diente se estaba picando, el doctor me dijo que estaba para curar pero no me curé, porque ya no me dolía”.

✓ *J.6: “Más que nada por dolor, lamentablemente uno no toma conciencia y no va antes de sino va después de...”.*

✓ *J.15: Por dolor bastante fuerte para poder ir sino no voy”.*

4 adolescentes y una joven refieren nunca haber ido al odontólogo, se percibe una ausencia de necesidad debido al desconocimiento de la importancia de su salud bucal y del tratamiento odontológico durante el embarazo:

✓ *A.16: “Nunca e ido, no me han revisado, me mandaron justo pero como no tenía nada de molestias”.*

✓ *A.18: “Antes del embarazo nunca e ido. Durante el embarazo no e ido a chequearme porque recién me han mandado para acá, yo no sabía que era grave así mi diente. El Dr. (Odont. de obstetricia) me revisó y me dijo que cuando de a luz tengo que ir a verme mis dientes sino se me vaye a correr todo”.*

4.3.3.-Actualmente recibe tratamiento odontológico

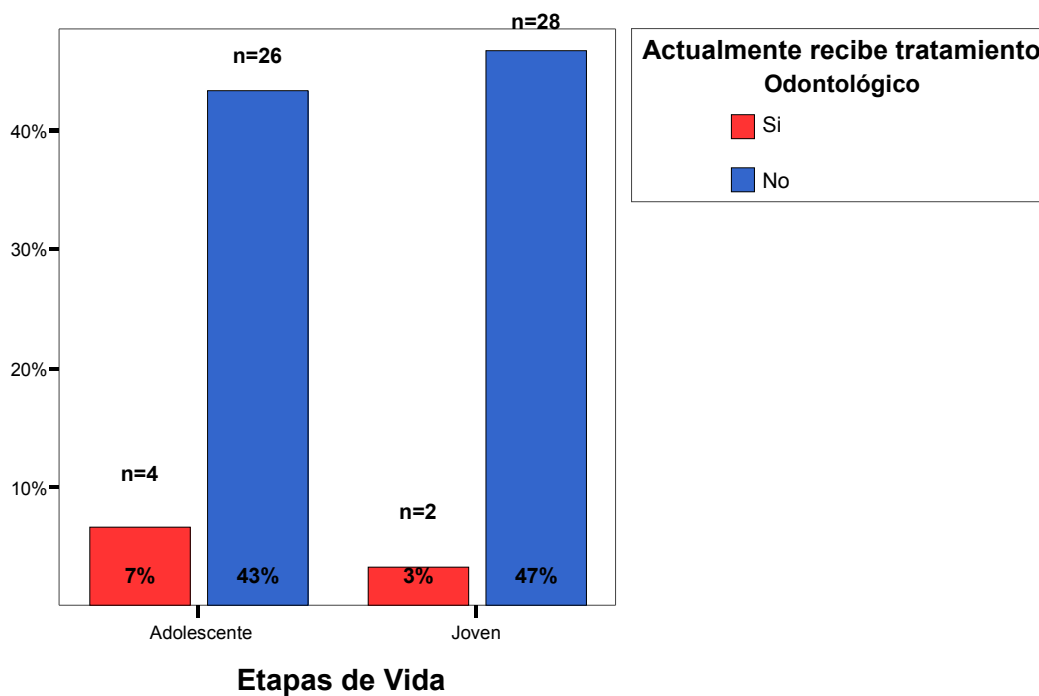
4.3.3.1.- Análisis Cuantitativo.- El 90% (26 adolescentes y 28 jóvenes) actualmente no recibían tratamiento odontológico, mientras que el 10% si recibe tratamiento, esto se contradice con lo referido anteriormente donde el 100% consideraba importante el tratamiento odontológico y el 98.3% refieren que es importante ir al odontólogo durante el embarazo. (Ver Tabla y Gráfica 14)



TABLA 14: Actualmente recibe tratamiento odontológico según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			Actualmente recibe tratamiento odontológico		Total
			Si	No	
Etapas de Vida	Adolescente	Recuento	4	26	30
		% del total	6.7%	43.3%	50.0%
	Joven	Recuento	2	28	30
		% del total	3.3%	46.7%	50.0%
Total		Recuento	6	54	60
		% del total	10.0%	90.0%	100.0%

GRÁFICA 14: Actualmente recibe tratamiento odontológico según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.





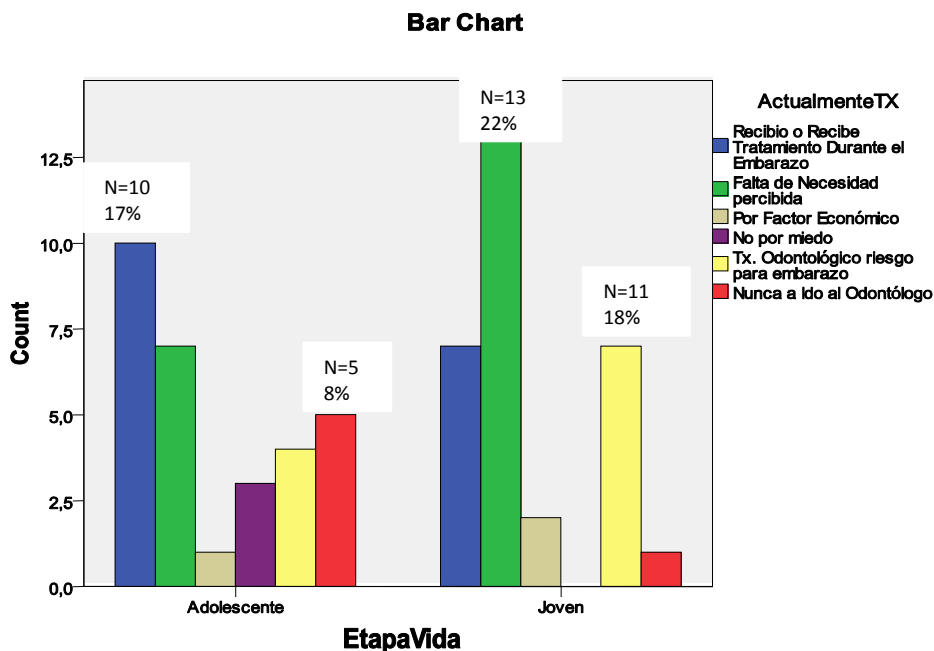
4.3.3.1.- Análisis Cualitativo.- Se preguntó a las primigestas que tratamiento odontológico recibían y si no reciben tratamiento actualmente porque no reciben, las representaciones sociales de sus discursos se categorizaron en recibe tratamiento odontológico durante el embarazo, falta de necesidad percibida, falta de accesibilidad para resolver problemas de salud bucal, no acude al odontólogo por miedo, el tratamiento odontológico es considerado como riesgo el embarazo, nunca ha ido al odontólogo . (Ver tabla y Grafica 26).

TABLA N°26: Actualmente recibe tratamiento odontológico según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			ACTUALMENTE RECIBE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO						Total
			Recibió o Recibe Tratamiento Durante el Embarazo	Falta de Necesidad percibida	Por Factor Económico	No por miedo	Tx. Odontológico considerado como riesgo para el embarazo	Nunca a Ido al Odontólogo	
Etapa De Vida	Adolescente	Recuento	10	7	1	3	4	5	30
		% del Total	16,7%	11,7%	1,7%	5,0%	6,7%	8,3%	50,0%
	Joven	Recuento	7	13	2	0	7	1	30
		% del Total	11,7%	21,7%	3,3%	,0%	11,7%	1,7%	50,0%
Total			17	20	3	3	11	6	60
			28,3%	33,3%	5,0%	5,0%	18,3%	10,0%	100,0%



GRÁFICA N°26: Actualmente recibe tratamiento odontológico según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



10 adolescentes 7 jóvenes refieren haber recibido tratamiento durante el embarazo o estar recibiendo actualmente, algunas han concluido el tratamiento otras no:

- ✓ A.8. "En la posta me están haciendo curaciones, ya me faltan 2.
- ✓ A.10. "...El doctor de la posta me dijo que vaye, hace 4 meses (4to mes de gestación) me hicieron curaciones, limpieza, pero deje de ir".
- ✓ A.20: Me han hecho que compre sensodyne para que no me sangren mucho las encías y tenía que ir pero como la vez pasada fui y me pusieron un poco de anestesia y mi corazón se aceleró bastante, de hay no voy, el Dr. Tenía que cambiar una amalgama".



- ✓ J.8:” Durante el embarazo fui porque me han pedido (la obstetra de la posta) mínimo 2 fluorizaciones. Después de las fluorizaciones me revisó el odontólogo y están bien mis dientes.
- ✓ J.16:”Hace 4meses me curaron mi diente porque tenía un huequito”

7 adolescentes y 13 jóvenes en las que se percibe falta de necesidad de tratamiento odontológico:

- ✓ A.7:”No voy al odontólogo porque a veces el dolor viene y se va.
- ✓ A.14:”No e tenido oportunidad de ir, me siento normal, no necesito, no es necesario”.
- ✓ J.5:” Por descuido de uno, uno espera que le duela algo para recién ir al médico.
- ✓ J.9:”No e ido, no acostumbro ir”.
- ✓ J.21:”No e tenido oportunidad de ir al dentista por el trabajo, no lo consideraba importante”.

Una adolescente y 2 jóvenes no reciben tratamiento odontológico por factor económico y presentan dependencia económica:

- ✓ A.29:”Porque acá la consulta cuesta (Carrión- Dental) y allá donde estaba en el centro de salud no me daban (tratamiento). No me mandaron (al odontólogo). Iba a venir acá a la consulta (dental- Carrión) no e podido por tiempo y dinero”.



- ✓ J.19: *"Me falta curar un diente. Me curé uno y como me faltaba para curarme el otro, mi pareja no está trabajando. El diente que me está doliendo es para endodoncia, me estoy tratando aquí (dental-Carrión)".*

3 adolescentes refieren que no van al odontólogo porque les da miedo, asociado generalmente a experiencias negativas:

- ✓ A.6: *"No voy, me da miedo ir al dentista, siempre que me llevaba me tenía que llevar llorando, haciendo maña, porque no quería ir, porque me ponían una agujita y me curaban, como tenía la costumbre de comer dulces se picaban mis dientes..."*
- ✓ A.30: *"Voy poco porque le tengo miedo, cuando tenía 6 años en una posta me iban a sacra una muela, pero como tenía miedo a la aguja el dentista me agarro entre para que pudieran anestesiarse, quede traumada, a pesar de ello mi mamá me llevaba al dentista para que me curen. Generalmente voy para revisión, más que todo los tratamientos son limpieza, curación y fluorización".*

4 adolescentes y 7 jóvenes consideran al tratamiento odontológico como riesgo para embarazo por el uso de anestesia y medicamentos:

- ✓ A.4: *"El Dr. De la posta dice que todavía no me pueden hacer tratamiento, primero que de a luz, porque iba poner anestesia, fui cuando tenía 4 meses de embarazo. Cuando tenía 7 meses de embarazo el odontólogo de obstetricia me dijo que vaye al odontólogo."*



- ✓ A.26: "Primero me dieron una orden para que me extraigan pero mi mamá no cree en mí, me dice que no me extraigan por que dice que como estoy embarazada te ponen anestesia y le puede hacer daño al bebé, la orden me dieron cuando tenía 4 meses de gestación".
- ✓ J.14: "El Dr. de la posta me dijo que podía hacer un tratamiento pero ya después terminando el embarazo porque me iba a retirar un diente para eso no debía estar embarazada porque de repente iba tomar unas pastillas o no iba aguantar el dolor, tenía 6 meses de embarazo cuando me dijo esto el Dr.
- ✓ J.15: "E dejado el tratamiento dental hace 2 meses por miedo, las veces que e ido siempre me hacen doler, La última vez me hicieron limpieza, no curaciones porque ese pssssss (ruido de la pieza de mano) no aguanto. Pero de todas maneras quiero curar mis dientes, pero estoy esperando que nazca el bebé, porque cuando me pongo tensa tengo miedo que le afecte al bebé".
- ✓ J.17: "Por el embarazo, le puede afectar al bebé, cuando curan con anestesia le puede afectar al bebé, algunos dicen así (odontólogos) otros dicen lo contrario, eso es normal, incluso puedes curarte, uno nunca sabe".

5 adolescentes y 1 joven refieren nunca haber ido al odontólogo por variados factores como ausencia de necesidad percibida, miedo, dependencia de los padres, dependencia económica, etc.



- ✓ A.2: *“porque me da miedo, que me diga que tiene dientes picados, o me saquen mis dientes, o me diga que me tenga que curar... no me gusta que toquen mis dientes.*
- ✓ A.16: *“Nunca e ido, no me han revisado, me mandaron justo pero como no tenía nada de molestias”.*
- ✓ J.28: *“Mi mamá nunca me llevaba, yo escuchaba charlas que me decían que era importante ir al odontólogo pero mi mamá nunca me llevaba, al principio pues yo pensé que no era importante, ahora último cuando mis dientes se pusieron amarillos ya sí”.*

4.4.- Motivo y Tiempo de la Última Visita al Dentista

4.4.1.- Motivo de la Última Visita al Dentista

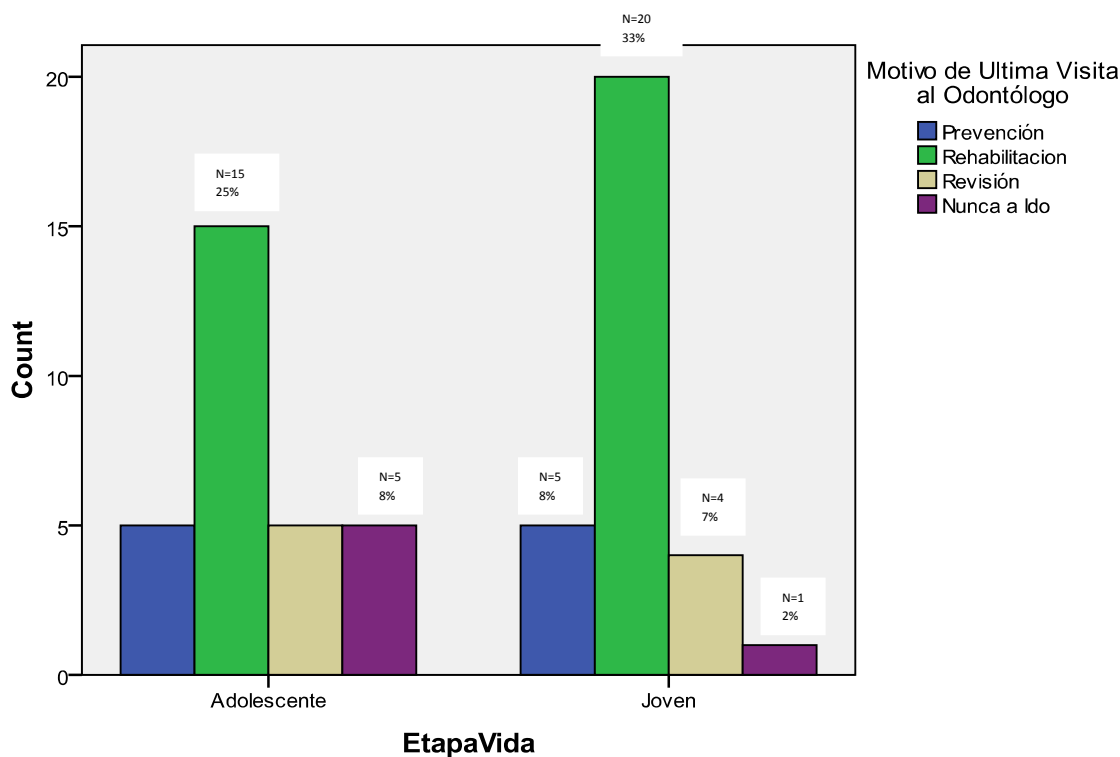
4.4.1.1 Análisis Cualitativo.- Se preguntó a las primigestas cual fue el motivo de su última visita al odontólogo, las representaciones sociales de sus discursos se categorizaron en tenencia de una conducta preventiva, requería tratamiento rehabilitador, solo revisión por riesgo a tratamiento odontológico durante el embarazo, nunca ha ido al odontólogo. (Ver Tabla y Gráfica 27).



TABLA N°27: Motivo de la última visita al odontólogo según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			MOTIVO DE ULTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO				Total
			Prevención	Rehabilitación	Revisión	Nunca a ldo	
Etapa De Vida	Adolescente	Recuento	5	15	5	5	30
		% del Total	8,3%	25,0%	8,3%	8,3%	50,0%
	Joven	Recuento	5	20	4	1	30
		% del Total	8,3%	33,3%	6,7%	1,7%	50,0%
Total			10	35	9	6	60
			16,7%	58,3%	15,0%	10,0%	100,0%

GRÁFICA N°27: Motivo de la última visita al odontólogo según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.



5 adolescentes y 5 jóvenes, en su última visita al odontólogo se realizaron tratamiento de prevención:



- ✓ A.9: *"Hace 3 semanas, limpieza"*.
- ✓ A.23: *"Hace 1 año, me revisaron, no me hicieron tratamiento porque mis dientes están sanos, solo Fluorización"*.
- ✓ J.8: *"Hace 1 mes y medio me realice fluorización"*.
- ✓ J.30: *"Hace 15 años, limpieza y flúor"*.

15 adolescentes y 20 jóvenes en su última consulta odontológica recibió tratamiento de rehabilitación y generalmente su motivo de consulta es la odontalgia.

- ✓ A.3: *"Hace 9 meses, por el diente que me dolía demasiado", tratamiento exodoncia.*
- ✓ A.10: *"Hace 4 meses, porque tenía caries, pero no me han terminado de hacer mis curaciones"*.
- ✓ A.13: *"Hace 3 meses me realizaron 2 curaciones y limpieza en la posta"*.
- ✓ A.15: *"Hace un mes y medio limpieza y blanqueamiento"*.
- ✓ J.10: *"Hace 8 años fui por dolor de muela, me curaron y sacaron una muela"*.
- ✓ J.14: *"Hace 1 mes, me sangraba las encías y me hizo limpieza"*.
- ✓ J.27: *"Hace 1 mes, curación, limpieza y prevención de caries (Flúor)"*.

5 adolescentes y 4 jóvenes, refieren que en su última visita al odontólogo solo las revisaron, y es reforzada por el odontólogo la creencia que el tratamiento odontológico se debe evitar durante el embarazo por ser dañino para el bebé:

- ✓ A.27: *"Hace 3 meses, me revisaron en la posta, me dijeron que tenía una muela picada pero no me la podían sacar hasta después del embarazo"*



porque iba poner anestesia y le podía hacer daño al bebé, yo tenía 5 meses de embarazo”.

✓ *J.13: “Hace 3 meses revisaron mi salud bucal por el embarazo”.*

5 adolescentes y 1 joven, refieren nunca haber ido al odontólogo, generalmente es por una ausencia de necesidad, por miedo, dependencia de los padres.

✓ *A.16: “Nunca e ido, no me han revisado, me mandaron justo pero como no tenía nada de molestias”.*

✓ *A.18: “Nunca”. Mi diente se fracturo la semana pasada pero más me preocupaba por mi barriga.*

✓ *J.28: “Mi mamá nunca me llevaba, yo escuchaba charlas que me decían que era importante ir al odontólogo pero mi mamá nunca me llevaba, al principio pues yo pensé que no era importante, ahora último cuando mis dientes se pusieron amarillos ya si”.*

4.4.2.- Hace cuanto tiempo fue la Última Visita al Odontólogo

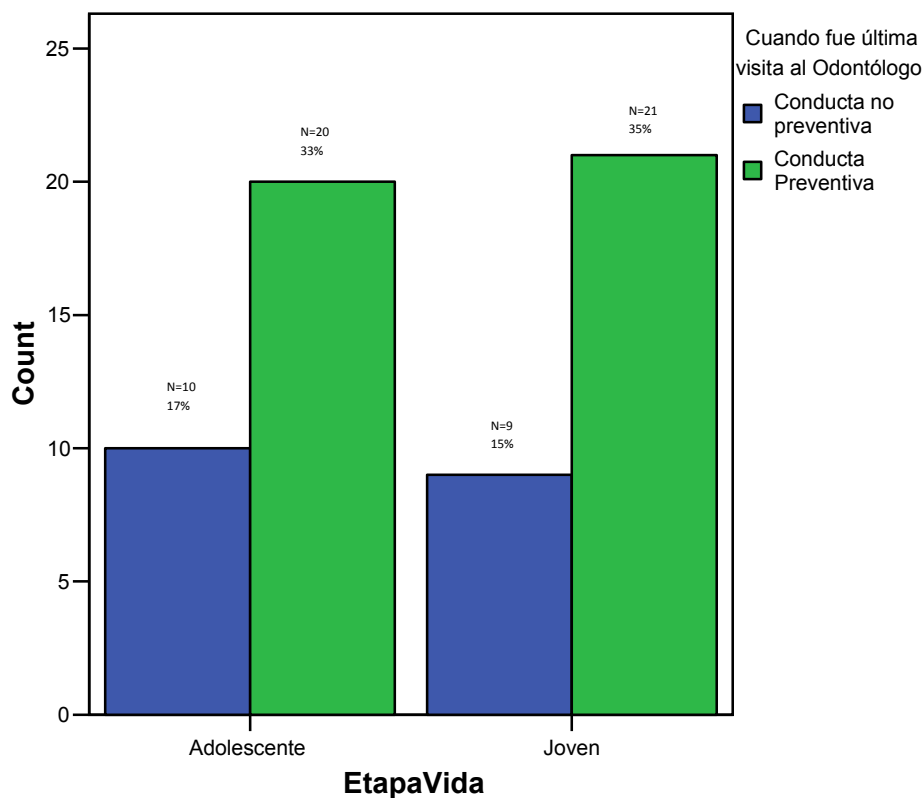
4.4.2.1 Análisis Cualitativo.- El tiempo de su última visita odontológica se agrupó de la siguiente forma: conducta preventiva (menor a 1 año) y conducta no preventiva (1 año a más), pero hay que considerar que algunas de ellas fueron porque él o la obstetra sugirió interconsulta con odontología. (Ver Tabla y Gráfica 28).



TABLA Nº28: Identifica el tiempo de última visita al odontólogo según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.

			HACE CUANTO TIEMPO FUE SU ULTIMA VISITA AL ODONTOLOGO		
			Conducta preventiva	Conducta Preventiva	Total
EtapaVida	Adolescente	Recuento	10	20	30
		% del total	16.7%	33.3%	50.0%
	Joven	Recuento	9	21	30
		% del total	15.0%	35.0%	50.0%
Total			19	41	60
			31.7%	68.3%	100.0%

GRÁFICA Nº28: Identifica el tiempo de última visita al odontólogo según etapa de vida, primigestas atendidas en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión en el año 2010.





Conducta no preventiva: 10 adolescentes y 9 jóvenes manifestaron que su última visita al odontólogo fue hace más de un año. Se percibe que factores socioculturales y económicos influenciaron en esta conducta no preventiva.

✓ A.7: *"Hace 5 años para que me curen el diente".*

✓ A.16: *"Nunca e ido".*

✓ J.9: *"Hace 3 años por fractura del diente".*

✓ J.30: *"Hace 15 años, limpieza y flúor".*

Conducta Preventiva: 20 adolescentes y 21 jóvenes manifestaron que su última visita al odontólogo fue hace menos de un año; predomina esta conducta preventiva influenciada por la derivación de algunas gestantes al servicio de odontología durante su control prenatal, también porque en las postas se brinda atenciones gratuitas a las gestantes.

✓ A.9: *"Hace 3 semanas, limpieza".*

✓ A.26: *"Hace 3 meses, por dolor fuerte de muela".*

✓ J.8: *"Hace 1 mes y medio me realice fluorización".*

✓ J.16: *"Hace 4 meses me curaron mi diente porque tenía un huequito".*



V. DISCUSIÓN

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE SALUD BUCAL:

La salud bucal, es parte importante e indisociable de la salud general. Además el alto riesgo de transmisión de *Estreptococos mutans* de padres a hijos y la enfermedad periodontal actuando durante el embarazo como factor de riesgo de partos prematuros y bajo peso al nacer; resulta de suma importancia actuar en las embarazadas con una atención odontológica oportuna para contribuir en la prevención de estas patologías.

a) Satisfacción de Salud Bucal

El presente estudio identificó que el 53% del total de las entrevistadas se encuentran insatisfechas con su salud bucal, asociada a la presencia de enfermedad, mientras que Mota A. (Brasil-2001) encontró una mayor insatisfacción (67.71%), hubo coincidencia en las representaciones sociales donde la insatisfacción está en relación a presentar dolor, sangrado gingival, necesidad de tratamiento endodóntico, dientes quebrados; así mismo las gestantes que se hallan satisfechas lo asocian a la ausencia de dolor.

La insatisfacción de algunas primigestas estaba en relación a no poder acceder a los servicios odontológicos, por factor económico. El estado está tratando de disminuir las barreras económicas con la implementación del Seguro Integral de Salud, al permitir el acceso de mayor número de mujeres en situación de pobreza a la gratuidad del servicio de salud, donde las gestantes pueden recibir 2 atenciones durante el embarazo.⁵⁸ Siendo insuficiente porque no lograr cubrir la



demanda de las gestantes. Además los programas prenatales deben incluir mensajes preventivos en salud oral, debido a que la salud oral forma parte del cuidado integral de la mujer embarazada.

b) Historia de Salud-Enfermedad Bucal

b.1) Historia de Enfermedad antes del Embarazo

Según nuestra muestra el 48.3% identificó problemas en su salud bucal antes del embarazo. Mientras que Mota A. (Brasil-2001) determinó un 54.17% .Se coincidió con las representaciones sociales encontradas donde los principales problemas bucales fueron: problemas gingivales, caries, odontalgia, extracción.

b.2) Historia de Enfermedad Durante el Embarazo

En nuestra muestra el 65% manifestaron haber tenido problemas bucales durante el embarazo, habiendo una mayor identificación en las adolescentes, pudiendo estar influenciada por una doble presencia hormonal (pubertad y embarazo) ⁴⁶ Según Saldarriaga Oscar, et al. (Colombia- 2003), el 51% identificó inflamación o sangrado de encías y 28% molestia o dolor en boca, coincidiendo con Mota A. (Brasil-2001), donde el 50% tuvo problemas durante el embarazo. Donde también se coincidió con los problemas identificados como son: sangrado de encías, caries, mal aliento, dolor, debilitamiento de los dientes, caída de obturaciones, fractura dental.

Se sabe que la gestación acentúa la reacción gingival ante la placa y modifica la situación clínica resultante afectando directamente la microvascularización de la



encia. Ante la ausencia de irritantes locales, no suceden cambios notables en la encía durante el embarazo.³⁸

En nuestra muestra una adolescente manifestó que era normal tener sangrado gingival durante el embarazo, según Mota A. (Brasil-2001) dos gestantes no consideran el sangrado de encías como problema bucal. Igualmente Finkler Mirelle, et al. (Brasil- 2004), encontró que el sangrado gingival era visto por algunas gestantes como algo normal durante la gestación. Esta representación podría hacer que la gestante no busque atención odontológica oportuna en detrimento de su salud bucal y actuar como factor de riesgo porque la enfermedad periodontal durante la gestación representa 7 veces más el riesgo de partos prematuros (antes de las 37 semanas completas de gestación) y el bajo peso al nacer, siendo los mayores responsables de morbilidad y mortalidad neonatal, llegando a ser causa de graves problemas respiratorios, ceguera o de secuelas neurológicas que comprometen el desarrollo del recién nacido.⁵⁹

c) Creencia que la Gestación provoca Problemas Dentales

c.1) La gestación considerada causante del deterioro de la salud bucal

En nuestra muestra el 62% cree que la gestación es causante del deterioro de la salud bucal, según Rodríguez Martha (Perú-2002) el 31% tiene esta certeza, además hay que tener en cuenta que dicho estudio se realizó en el mismo hospital, hace 8 años atrás y no se observa cambio positivo. Se coincidió con Díaz Rosa, et al. (México -2001), que encontró que el 61% cree que el embarazo causa más caries y que la justificación es la descalcificación. Mientras Saldarriaga Oscar, et al. (Colombia- 2003), encontró que el 42.9% considera el embarazo como



momento de riesgo para adquirir enfermedades orales. Coincidiendo con Finkler Mirelle, et al. (Brasil- 2004), quien encontró que las gestantes creen que se debilita los dientes durante la gestación, favoreciendo a la caries dental. Coincidiendo con Mota A. (Brasil-2001), donde las gestantes relacionan literalmente sus problemas bucales con la gestación *“está doliendo todo y no me dolía antes...”*, *“después que quede embarazada se cayeron dos obturaciones de mis dientes”*. Estas frases son representativas, muchas veces consideradas apenas como puras creencias.

Mientras que en Batista Osmir, et al. (Brasil – 1990), solo el 10% de las mujeres respondieron haber tenido problemas durante la gestación de gingivitis y el sangrado gingival y solo 2 dicen que los dientes se debilitan en el embarazo. Esta diferencia se debe a que son de estratos socio económico y cultural diferentes (Clase Media Alta), donde la actividad de promoción y prevención está más difundida.

c.2) Creencia de que el bebe retira calcio de los dientes

El 78.3% de las primigestas creen que el bebé retira calcio de sus diente percibiendo como consecuencia deterioro de su salud bucal como odontalgia, fracturas, movilidad dental. Coincidiendo con Rengifo Herney Alonso, (Colombia-2008), donde el 70% refiere que durante el embarazo el bebé le “roba” calcio a los dientes de la madre, Mientras Díaz Rosa, et al. (México -2001) encontró que el 43% de las mujeres consideran que la descalcificación es el problema que frecuentemente se presenta en los dientes de las embarazadas, Coincidiendo con Mota A. (Brasil-2001), donde el 36.6% tiene la creencia de que el feto retira calcio



de los dientes de la madre. Es antigua y difundida la creencia de la descalcificación de los dientes de la mujer durante la gestación para suplir los minerales para el desarrollo del feto, pero no tiene soporte científico.^{49,50}

d) Percepción de caries dental

El 53.3% sabe que es caries dental. Al preguntarle a las primigestas que es caries lo asocian al deterioro de los dientes, a la falta de higiene, consumo de golosinas y ocasionada por microorganismos. Coincidiendo con Saldarriaga Oscar, et al. (Colombia- 2003), que atribuye como principal causa de caries “no cepillarse o cepillarse mal los dientes”, seguido por el “consumo de dulces”, “descalcificación” y “mala alimentación”. Para Nogueira Mauro, et al. (Brasil- 2002), los alimentos como los chicles, caramelos, chocolates son considerados dañinos y causantes de caries dental.

El 75% de las primigestas desconocen que la caries dental es transmisible. Batista Osmir, et al. (Brasil – 1990), encontró que el 88% desconocían la información e importancia de la transmisibilidad de la caries dental. Nogueira Mauro, et al. (Brasil- 2002), considera la caries dental como una experiencia inevitable, a pesar de ello sus entrevistadas no se resignan a la pérdida dentaria, al edentulismo.

e) Conocimiento básico sobre salud del bebé

En el presente estudio el 28% refirieron saber como realizar la higiene bucal al bebé, generalmente relataron que se limpia con una gasa o paño, hisopó húmedo las encías y lengüita del bebé. Mota A. (Brasil-2001), encontró un mayor porcentaje (51.57%) de gestantes que conocían como realizar la higiene bucal a



un bebé. Se coincidió con la forma de realizar la limpieza bucal. Las primigestas no tenían muy claro el inicio de la higiene bucal del bebe, Coincidiendo con Mota.

Refiere Nogueira Mauro, et al. Brasil- 2002, que a pesar que las madres presentan información sobre salud bucal y quieren "*cuidar de sus hijos adecuadamente*", una compleja red de factores sociales, económicos, cultural, etc., no favorece a la promoción de la salud.

En nuestro estudio se encontró una mayor desinformación, por ello el control prenatal es un momento clave para la realización de un trabajo interdisciplinario que brinde a la gestante información especializada de acuerdo a sus necesidades.

REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO Y LA GESTACIÓN:

a) IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DURANTE LA GESTACIÓN

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO:

En el presente estudio el 100% de las primigestas consideran importante tratar sus dientes, coincidiendo con Mota A. (Brasil-2001). En tanto, cuando se les preguntó el porque de la importancia se coincidió con sus representaciones sociales donde se evidenció que predomina el concepto de salud como ausencia de enfermedad, relacionado a ausencia de dolor.



El tratamiento odontológico de prevención es poco conocido, la búsqueda de atención odontológica se limita básicamente por dolor y problemas estéticos. Coincidiendo con Finkler Mirelle, et al. (Brasil- 2004).

Se evidencia que se da mayor importancia a los factores biológicos y que se interesan más por la enfermedad y la rehabilitación. Mientras se da la espalda a las mediaciones culturales y sociales que acompañan al sufrimiento humano (modelo biomédico).⁶⁰

TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO:

En el presente estudio el 98% consideran importante visitar al odontólogo durante el embarazo coincidiendo con Fuentes Ramón, et al. (Chile- 2007), donde también el 98% creen que durante el embarazo es necesario consultar al odontólogo, pero a pesar de ello 22% siente temor de consultar al dentista.

Algunas gestantes refirieron dudas, miedos, creencias con respecto a la atención odontológica durante el embarazo por el uso de anestesia y medicamentos porque puedan causar daño al feto. Coincidiendo con Finkler Mirelle, et al. (Brasil- 2004), donde consideran el tratamiento odontológico durante el embarazo como riesgo importante para la salud y hasta la vida del feto en desarrollo. El miedo parece estar relacionado al uso de la anestesia. Ramalho Olga, et al. (Brasil- 2004), refiere que según las creencias populares, existen riesgos con el uso de anestesia dental. Se basan también en la creencia de que el dolor de muelas está vinculado a la condición de embarazo. Britto Lucimar, et al. (Brasil-2008), refiere que las gestantes presentan restricciones al tratamiento odontológico durante la gestación,



como realizar exodoncias por el riesgo de hemorragia, la imposibilidad del uso de anestesia durante el tratamiento odontológico, miedo a la toma de radiografías. Su preocupación esta relacionado con la posibilidad de secuelas en la salud del bebé.

Coincidiendo con Garbero Irene, et al. (Argentina-2005) donde el 26,5% del Grupo I (sectores privados y seguridad social) consideró que podía haber algún efecto nocivo al feto durante la atención, responsabilizando tal efecto al uso de la anestesia (20,5%), a los medicamentos utilizados en las distintas prácticas (10,2%). El 54,7% del Grupo II (sector público) consideró que se puede hacer un daño al feto. Según este grupo el daño era consecuencia de la anestesia (42,8%), de los demás medicamentos utilizados por el odontólogo (33,3%). Según Batista Osmir, et al. (Brasil – 1990), 42% tienen miedo a realizarse tratamiento dental durante el embarazo porque piensan que perjudica el desarrollo de su hijo.

Dentro de los principios básicos de medicación durante la gestación según la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del 2004, señalan que debe evitarse dar cualquier medicación, excepto en casos muy particulares e imprescindibles. Lo que hace esta medida es reafirmar más el temor al uso de medicamentos durante el embarazo.

Otras gestantes refirieron importante ir al odontólogo para la prevención de la descalcificación para evitar el riesgo de caries o perdida dental. Coincidiendo con Saldarriaga Oscar, et al. (Colombia- 2003), donde el 42.9% consideran el embarazo como un momento de riesgo para adquirir enfermedades orales, y de estas 69.2% piensan que el riesgo se debe a la descalcificación en los dientes. En



Díaz Rosa, 24% opinan que se debe visitar al odontólogo para regular la pérdida de calcio.

La mayoría de las gestantes entrevistadas no han recibido orientación durante el periodo gestacional, esto puede ser atribuido, en parte, a que no asisten a la consulta odontológica, motivadas por el temor al tratamiento odontológico durante el embarazo, por el uso de anestesia, medicamentos y posibles daños al futuro bebe. En muchos casos esta creencia es reforzada por el médico o por el odontólogo por ello es necesario capacitación a los profesionales de la salud, homogenizar información, invertir en trabajo educativo durante el control prenatal con información concreta y fundamentada.

El motivo por el que generalmente acostumbran ir al odontólogo:

Generalmente el motivo de consulta es para realizarse tratamiento de rehabilitación y la motivación es la odontalgia. Coincidiendo con Mota A. (Brasil- 2001), donde un gran porcentaje de gestantes revelan ir al dentista por sentir dolor. Según Domínguez Esperanza, et al. (México- 2004), generalmente el motivo de consulta fue por Odontalgia (42%). Difiriendo de Saldarriaga Oscar, et al. (Colombia- 2003), donde el principal motivo de consulta fue la *Revisión* para el 48.6% de las mujeres, seguido para hacerse *obturaciones* en el 17.9% la diferencia se atribuye a que existen políticas de salud con un enfoque preventivo para las gestantes quienes cuentan con atención odontológica gratuita y todos los programas prenatales incluyen mensajes preventivos en salud oral y esto a ayudado a mejorar significativamente la salud oral de las madres y sus hijos.



Mientras que en nuestro país la salud bucal es poco abordada y priorizada en las políticas de atención en salud de las gestantes.

Si actualmente reciben tratamiento odontológico:

El 90% no recibió tratamiento odontológico y solo el 10% recibió tratamiento. Además 4 adolescentes y una joven refirieron nunca haber ido al odontólogo por variados factores como ausencia de necesidad percibida, miedo, dependencia de los padres. Coincidiendo con Britto Lucimar, et al. (Brasil-2008), donde el 75% no buscaron atención odontológica en el periodo gestacional y solo el 16% recibió tratamiento odontológico. Según Mota A. (Brasil-2001) existe recelo en torno al tratamiento odontológico durante la gestación, donde solo el 3.13% refieren estar en tratamiento y 2.08% nunca fueron al dentista.

La gestante durante la gestación no acude al odontólogo porque creé que pone en riesgo su salud y de su futuro bebe, Donde el profesional en su tarea de educador se encuentra ausente, especialmente el odontólogo.

b) MOTIVO Y TIEMPO DE ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO

Generalmente el motivo de la última consulta odontológica fue de rehabilitación y mayormente motivado por calmar el dolor, también se realizaron tratamientos de prevención, revisión. Coincidiendo con Mota A. (Brasil-2001), donde ir al médico parece ser una práctica realizada cuando hay problemas, confirmando la idea que salud es la ausencia de dolor, coincidiendo con Rodríguez Martha (Perú-2002) donde 33% no acuden a la atención odontológica porque no presenta dolor.



Se tuvo una conducta preventiva constituida por 20 adolescentes y 21 jóvenes donde su última visita al odontólogo fue menor a un año. Coincidiendo con Saldarriaga Oscar, et al. (Colombia- 2003), donde el 55.5% de las gestantes asistieron a la consulta odontológica hacía menos de 6 meses.

Es importante inculcar esta conducta preventiva en pro de la salud de la gestante y de su familia a través de programas de promoción y prevención de la salud.



VI. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta lo más representativo de los discursos, se concluye que, en la percepción de salud, no hay una cultura que valore ni estimule la salud bucal durante el embarazo, se han identificado algunos aspectos de esa cultura que limita la oferta y la demanda de atención, y se expresan en términos de prácticas y conocimiento de las primigestas.

1. Predomina el concepto de salud como ausencia de enfermedad y se acude al Profesional Odontólogo a la presencia de dolor u otro síntoma.
2. Los profesionales de la salud no tienen un criterio único para caracterizar las enfermedades bucales prevalentes, aun se percibe a la gingivitis como signo de “normalidad” durante la gestación.
3. En el control prenatal hay escasa participación del Profesional Odontólogo, las gestantes desconocen medidas preventivas para su salud bucal y la del futuro bebé, siendo más vulnerables las adolescentes.
4. Las adolescentes identifican tenencia de enfermedad de las encías, la que se relaciona como síntoma “normal” del embarazo, desconocen de su condición de riesgo debido a cambios hormonales por embarazo y su etapa de vida.
5. Las primigestas no identifican la etiología multifactorial de la caries dental, desconocen la transmisibilidad que afectaría al futuro bebé.
6. Los profesionales de la salud difieren en sus discursos desorientando a las gestantes. Algunos prefieren postergar las intervenciones odontológicas para después del parto, pocos mencionan que el tratamiento es pertinente



ya que muchos problemas de salud bucal pueden influenciar en el curso de la gestación (prematuridad, bajo peso al nacer). Siendo la administración de anestesia y medicamentos identificadas por la gestante como riesgo para la salud y vida del feto.

7. El tratamiento odontológico recibido que predomina en las gestantes es el rehabilitador.

Se identificaron barreras sociales económicas y culturales para el acceso a la atención odontológica, por la desinformación, costo de los tratamientos de complejidad y saturación de centros de salud, es por ello la baja demanda a la consulta odontológica.

1. El estado civil que prevalece es la convivencia en las jóvenes, siendo las adolescentes en su mayoría solteras.
2. Se visualiza marcada dependencia económica de las primigestas, han abandonado estudios y trabajo, siendo relegadas al espacio doméstico, teniendo menor acceso a información, convirtiéndose más vulnerables las adolescentes.
3. Consideran a la gravidez como causante del deterioro de su salud bucal. Identificando síntomas en el componente bucal como propios del embarazo, tales como la sensibilidad, movilidad, descalcificación dentaria y sangrado.
4. Se evidenció falta de necesidad percibida de las primigestas, no identifican la importancia del componente bucal para con la salud integral, afirmado



mayormente en las jóvenes, debido a que empiezan a priorizar la salud y bienestar del futuro bebé antes que la suya.

5. Las gestantes acuden a su control prenatal en su último trimestre y asisten a la consulta odontológica porque fueron derivadas, si bien es cierto tienen consultas gratuitas en los Centros de Salud, no pueden acceder pues los tratamientos que requieren son de alto costo y no son continuadoras, además sienten pérdida de tiempo haciendo largas colas



IV. RECOMENDACIONES

1. Los planes, estrategias o programas serían más efectivas si fueran elaboradas a partir de los conocimientos, dudas, preocupaciones de las personas, resultando de ahí la importancia de comprender las representaciones sociales que las gestantes construyen en el cuidado de la salud bucal.
2. Prestar atención en el contenido y forma de los discursos profesionales, influenciadores o reforzadores directos de representaciones sociales.
3. Es necesario una atención diferenciada en la adolescente bajo un enfoque que permita abrir espacios de intervención promocional, preventiva, de atención clínica y recuperativa de calidad, que atienda sus necesidades individuales y las del entorno en el que vive, incluyendo su familia y comunidad, desde una perspectiva de derecho, género, interculturalidad y desarrollo.
4. El control prenatal es crucial para el emponderamiento de la salud bucal en la gestante. Esto evidencia que es clave el papel del odontólogo durante esta etapa.
5. Se sugiere la implementación de un programa en los colegios, para que los estudiantes estén informados sobre su salud bucal, el riesgo de transmisibilidad bacteriana, los cuidados en la salud bucal de un bebe, formando futuros padres responsables que puedan brindan salud bucal a sus hijos, principalmente prevención.



RESUMEN

Es importante conocer las representaciones sociales con respecto a la salud bucal ya que nos muestra una visión más clara de la realidad que permitirá comenzar un proceso de intervención y avances notablemente.

Objetivo: Se determinó las representaciones sociales de salud bucal de primigestas según etapa de vida. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, cualicuantitativo. Se utilizó una entrevista estructurada. La muestra fue no aleatoria, se determinó con la saturación de datos, conformado en 2 grupos según etapas de vida (30 adolescentes y 30 jóvenes) que asistieron a su control prenatal al Servicio de Gineco Obstetricia en el Hospital Daniel Alcides Carrión-Callao, 2010. Previamente se informó y se solicitó consentimiento informado.

Resultados: Perciben la salud como ausencia de enfermedad y acuden al Odontólogo a la presencia de dolor u otro síntoma. Desconocen medidas preventivas para su salud bucal y la del futuro bebé, siendo más vulnerables las adolescentes, la descalcificación dental es identificada como causante del deterioro de la salud bucal. Afirman que es importante el tratamiento odontológico pero existe baja demanda porque identifican barreras socio-económicas y culturales como la desinformación, costo de los tratamientos y saturación de centros de salud. Siendo escasa la participación del odontólogo durante el control prenatal.



ABSTRACT

It is important to know the social representation regarding oral health because they show us a clearer view of reality that will help to begin a significantly process of intervention and progress.

Objective: We determined the social representation of primipara oral health according to the stage of life. **Materials and Methods:** A descriptive, qualitative and quantitative research. We used a structured interview. The sample was not at random, it was determined by data saturation, by creating two groups according to their life stages (30 adolescents and 30 youngsters) who attended prenatal care sessions at the Obstetrics-Gynecology Service at the Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao, 2010. Reported and informed consent was previously requested.

Results: they perceive health as the lack of disease and so they go to the dentist due to the presence of pain or other symptoms. They do not know anything about preventive measures for their oral health and her unborn baby's, and the adolescents are the most vulnerable, dental decalcification is identified as the cause of the deterioration of oral health. They claim that dental treatment is important, but there is such a low demand because they identify socio-economic and cultural barrier such as disinformation, cost of treatment and overcrowded health centers. To make things worse, dentists do not play a significant role in the prenatal care.



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Flick U. *Social Representations of Health and Illness*-Editorial. Papers on Social Representations 1995; 4
2. Banchs MA. *Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud*". *Representaciones sociales. Teoría e Investigación*, Universidad de Guadalajara. 2007
3. Alfonso I. *La Teoría de las Representaciones Sociales*. Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría. Cuba-2005
4. Osorio RM *"Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles"*. Instituto Nacional Indigenista. Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, 2000. México
5. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: *continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme*, Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 Suppl 1: 3-23
6. Carrión C. Diagnóstico de salud oral de primigestas que acuden a control prenatal al consultorio Dr. José D. Astaburuaga, Talca- 2004
7. Bader J., Ismail A., Clarkson J.; *Evidence-based Dentistry and the Dental Research community*, Journal Dental Research : 78 (6), 1999.
8. Rosenfield A, Fathalla M. F. 1994; F.I.G.O *Manual de reproducción humana*. Org. Panamericana de la salud; 87-89.
9. Ramalho OM.; Abegg CL.; Soriano C.:*Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento*



odontológico em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.20 no.3 Rio de Janeiro May/June 2004.

10. Batista O, Cury JR, Katuhide J, Ferrarezi M, Campanelli V. *Contribuição para a eficácia de programas de prevenção. Identificando o conhecimento e os mitos sobre saúde bucal em gestantes de classe média de Araraquara. Brasil- 1999.*
11. Mota A. *Saude Bucal de Gestantes: uma abordagem de gênero-2001.* Tesis de Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
12. Britto L.; Nakama L., Melchior R.; *The beliefs of pregnant women about dental care during gestation.* Ciênc. la salud colectiva v.13 n.3 Rio de Janeiro puede junio – 2008.
13. Ribeiro D; Oleiniski, Denise. *Avaliação das alterações de hábitos alimentares e de higiene bucal de gestantes atendidas no HU-UFSC em Florianópolis.* 2003. 135 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Área de concentração em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
14. Costa ICC. *Atenção odontológica à gestante na triangulação médico-dentista-paciente (tese).* Araçatuba (SP): Programa de Pós-Graduação em odontología preventiva e social/Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”; 2000.
15. Rosell FI, Montandon-Pompeu AA, Valsecki Junior A. Simplified periodontal record for pregnant women. Rev Saude Publica 1999 Apr; 33(2): 157-62.



16. Narvai PC. Saúde bucal de gestantes prevalencia de apicopatias e outros problemas dentais no municipio de Cotia/ SP. RGO 1984 Jul-Set; 32(3): 243-9
17. Wendhausen A. A construção da subjetividade nos serviços de saúde: da sujeição à autonomia solidária. Texto Contexto Enferm 2000 Ago-Dez; 9(3): 54-73.
18. Guareschi P. Representações sociais: alguns comentarios oportunos. In: Nascimento-Schulze CM, editor. Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social. Florianópolis: UFSC; 1996.P.9-36.
19. Finkler M., Oleiniski DMB., Ramos FRS. *Representações sociais de gestantes sobre saúde bucal: uma referência para repensar a assistência odontológica materno-infantil*. 2003. 163 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Curso de pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
20. Nogueira M.; Almeida I.; Modena C. :*A social representation study of oral health among mothers in rural areas*, Itaúna (MG), Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):245-259, 2005
21. Saldarriaga P.; Sanchez H.; Avendaño R.: *Conocimientos y prácticas en salud bucal de las gestantes vinculadas al programa de control prenatal*. Rev. CES Odontología Vol. 17 – Nº. 2-2004.
22. Diaz R.; carrillo M.; Terrazas J.; Canales C.: *Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación*. Rev. ADM. Vol. LVIII, No. 2. Marzo-Abril 2001.pp 68-73.



23. Pires N., Saúde bucal da gestante: conhecimentos, práticas e representações do médico, do dentista e da paciente. Instituto Fernandes Figueira, Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher. Brasil- 2006
24. Rodriguez MC.: *Nivel de Conocimiento sobre Prevención en Salud Bucal en Gestantes Del Hospital Nacional Daniel A. Carrión* – 2002. Tesis digitales Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis>.
25. Garbero I., Delgado A M, Benito I.: *Salud oral en Embarazadas: Conocimientos y Actitudes*. Acta odontol. venez Vol.43 N°.2 – 2005.
26. Fuentes R, Oporto G, Alarcón AM, Bustos L, Prieto R, Rico H.: *Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo*. Avances en Odontoestomatología Vol. 25 - Núm. 3 – 2009
27. Rengifo HA. *Creencias acerca de la salud oral en gestantes en tres ciudades colombianas*. Rev Fac Odontol Univ. Antioq 2009; 20(2): 171-178.
28. Dominguez E.; Flores J.; Hernandez GI.; Mireles J.; Perera R.: *Perfil de las pacientes embarazadas que acuden a Las Clinicas Odontologicas Perifericas de las Fes Iztacala*. Memorias del XVI Coloquio de Investigación Estudiantil del Módulo de Laboratorio II de la Carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala – 2005.
29. Knapp E., León I., Mesa M., Suárez M.: Representación social de la salud humana Rev. cuba. psicol. vol.20 no.2 La Habana 2003
30. Alfonso I.: La teoría de las representaciones sociales. Cuba.
31. Munevar AM, Rojas JK., Marín DJ.: Perfil epidemiológico bucal de los pacientes de 55 años y más que asisten a las clínicas del geronte a la



facultad de odontología de la U.N. Durante el primer semestre del año 2000 y cual es la percepción que tienen estos pacientes sobre su propio estado de salud bucal. Rev. Federación Odontológica Colombiana. Disponible en: <http://www.encolombia.com/odontologia/foc/foc20102-perfil3.htm>

32. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa cualitativa em saúde. Porto Alegre: Tomo; 2000.
33. Casamassino PS. Maternal oral health. Dent Clin North Am 2001 Jul; 45(3): 469-78.
34. Araújo FB, Figueiredo MC.: Promoção de saúde em odontopediatria. In: Kriger L, editor. Promoção de saúde bucal. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999.p. 285-348.
35. Díaz RM.; Hernández Y.; Díaz F.; Morales J.: Determinación de Necesidades de Tratamiento Periodontal de Mujeres Gestantes, Rev. Perinatol Reprod Hum. VOL. 23 No.1, 2009.
36. Pascucci J.O. Nuevo paradigma en periodoncia. Rev. de la Univ. Nac. de Cuyo Facultad de odontología. 2000. 1 (1): 35-38.
37. Katz. Odontología Preventiva en acción. 3º ed. Panamericana 1999. 81-86.
38. Newman H.N. La placa dental. Manual moderno.1982. 59-62.
39. Riobo R. Higiene y prevención en odontología individual y comunitaria. Avances medicodentales. 1994. 37-38.
40. Seif T.R. Cariología, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento contemporáneo de la caries dental. Actualidades medicoodontológicas. 1997. 37-38.
41. Carranza F.A.; Newman M.G. Periodoncia Clínica. 9º ed. Interamericana. 2004. 76-77



42. Douglass D.M.D. Evaluación del riesgo de caries. Rev. Colgate reporte del cuidado oral. 1998. 8 (2): 1-3.
43. Douglass D.M.D. Tomando el control de la gingivitis. Rev. Colgate reporte del cuidado oral. 1997. 7(4):. 1-4.
44. Bascones Martínez A. Periodoncia. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal. 3º ed. Ediciones Avances. 1989. 86-87.
45. Skanga W.A. Factores de riesgo para enfermedades gingivoperiodontales. Rev. de la Fundación Carraro. Investigar y concienciar acerca de la salud de los tejidos periodontales. 1999. 4 (8):.4-7.
46. Gomez M. Evaluación de las necesidades terapéuticas periodontales de un grupo de pacientes de la ciudad de Bs. As. Rev. AOA. 2000. 88 (5): 433-439.
47. Lindhe J, Thorkild K, Nikhus P. "Periodontología Clínica e Implantología Odontología .3º Edición. Editorial Médica Panamericana. Mexico 2000
48. Garcia M. Odontología y Embarazo. Prevención en Odontología. En línea 2000
49. Casamassimo PS. Maternal oral health. Dent Clin North am 2001 Jul; 45(3):469-78.
50. Prentice A. Micronutrients and the bone mineral of the mother, fetus and newborn. J Nutr 2003 May; 133(5 Suppl 2): 1693S-9
51. Díaz RM, Ruiz JR. Modelo de atención estomatológica durante la gravidez, segunda parte. Medicina Oral. Mex., 1989; 8 (7): 66-67.
52. Castellanos SJL et al. Medicina en odontología (manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas). 2ª Ed. México: Manual Moderno, 2002.



53. Gómez JF. Manejo farmacológico de la paciente embarazada en la práctica odontológica. Revista de la Asociación Dental Mexicana Méx 1999; LVI (4): 158-162.
54. Díaz RM, Martínez C. Educación para la salud dental durante el embarazo. Salud Pública de México Mex., 1989; 31 (4): 530-535.
55. Díaz R, Castro P. Granuloma Gravídico. Reporte de un caso. Revista de la Asociación Dental Mexicana Mex 1988; XLV (3):127-129.
56. Díaz RM, Ávila H, Fragoso A. Gingivitis gestacional: un problema de perspectivas. Medicina Oral Mex 1986; Adm XLIII/5 septiembre-octubre: 200-203.
57. Díaz RM. Empleo de medicamentos durante el tratamiento estomatológico en la embarazada. Medicina Oral Mex 1991; 8 (8): 62-64.
58. Dirección General de Salud de las personas, Dirección ejecutiva de atención Integral de la Salud. Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de salud, Perú, 2004.
59. López NJ. Periodontal disease and their association with preterm delivery and low birth weight. Mag Int Coll Dent 2001; 8/9 (1):26-30).
60. Quevedo, E. La cultura desde la medicina social. En: Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Santa fe de Bogotá: ICAN-Colcultura; 1992, 65,72.
61. Díaz Guzmán L, Castellanos J. Lesiones de la mucosa bucal y comportamiento de la enfermedad periodontal en embarazadas. Med. Oral Patol Oral Cir Bucal (Ed. impr.) (Online). 2004; 9(5): 430-437.



62. Acosta M, Alegría L, Cajiao GE, Llano AM, Valencia C, Zuluaga P.
Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio, en las
instituciones de salud del nivel 1. Colombia Med 1997; 28: 42-50
63. Sano J; Colmenares N; Sakkal A; Cedillo M; Duran C. Anestesia Local
Odontológica y Embarazo. 2000
64. Azuara V, Rivas R., Lidocaína: Anestésico de Elección en Pacientes
Embarazadas. *FES Iztacala, UNAM*



ANEXOS



ANEXO 1: ENTREVISTA

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE SALUD BUCAL DE LA PRIMIGESTAS

La presente entrevista busca conocer las ideas que usted posee en relación a su salud bucal durante el embarazo. Solicitamos su colaboración contestando estas preguntas:

PARTE I: Datos Básicos

1. Nombre:.....
2. Edad:.....
3. Estado civil:
 - a) Casada
 - b) Soltera
 - c) Unión libre (convivencia)
 - d) Separada
 - e) Viuda
4. Nivel educativo:
 - a) Ninguno
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior
5. Ocupación:.....



PARTE II: Salud Bucal

1. ¿Usted está satisfecha con su salud bucal?

() SI () NO () Indiferente

Porqué?.....

2. ¿Usted ha tenido problemas en boca antes de quedar embarazada?

() SI () NO

Si es sí, ¿qué problemas?

3. Y ahora que está embarazada, ¿tiene algún problema en boca?

() SI () NO

Si es sí, ¿qué problemas?

4. ¿Usted cree que la gestación ocasiona algún problema a sus dientes?

() SI () NO () NO SE

Si es sí, ¿Cuál?.....

5. ¿Usted cree que el bebé puede retirar calcio de sus dientes, dejándolos más frágiles?

() SI () NO () NO SE

6. ¿Sabe que es caries dental?

() SI () NO

Si es sí, ¿Qué es?.....



7. ¿En su opinión, la caries puede ser transmitida a través de cubiertos, vasos, cepillo dental y hasta besos en la boca?

() SI () NO () NO SE

8. ¿Usted sabe cuidar la boca de su bebé?

() SI () NO

Si es así, ¿qué va hacer para cuidar?.....

9. ¿Cree que es importante tratar tus dientes?

() SI () NO

Porqué?.....

10. ¿Usted cree que durante el embarazo se debe consultar al odontólogo?

() SI () NO () NO SE

Porqué?.....

11. ¿Por qué motivo acostumbras ir al dentista?

.....

12. ¿Actualmente recibes tratamiento odontológico?

() SI () NO

Si es sí, ¿qué tratamiento?.....

Si es no, ¿Por qué?.....

13. ¿Hace cuánto tiempo fue su última visita al odontólogo y cuál fue el motivo?

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Fuentes: FINCLER (datos básicos y demográficos), MOTTA SILVA



ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con DNI
_____ mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto
que como representante, apoderado y/o tutor del paciente
(parentesco _____) menor de edad:

He sido informado de forma satisfactoria acerca de los objetivos, procedimientos y
beneficios de la encuesta que se le realizará a mi menor
hija _____, en el Hospital
Nacional “Daniel A. Carrión” y por medio de la presente autorización, firmada por
mí, doy pleno consentimiento al investigador.

Autorizo también que la obtención de los datos y material fotográfico podrá ser
utilizada únicamente con fines científicos.

Lima..... de.....del 2010

Firma de Investigadora

Firma de Apoderado

DNI N°: